

# Archives de Doyen

111501

Revue Médico-Chirurgicale Illustrée

Paraissant le 15 de chaque mois

E. DOYEN

J. BOUCHON — R. DOYEN

## SOMMAIRE

### I. — Anatomie topographique chirurgicale :

Sclérose de Syringes.

### II. — Technique opératoire :

Technique générale de l'évidement des sinus de la face par les procédés de Doyen. (Instrumentation à main).

Technique de l'électro-coagulation thermique du cancer du rectum.

### III. — Clinique chirurgicale :

Colopéritonéorraphie par le procédé Doyen.  
Polype sphacolé intra-utérin. — Opération. — Guérison.  
Synovite et ténosynovite bacillaires des extenseurs de la main droite. — Opération. — Guérison.  
Gangrène pulmonaire. — Thoracotomie. — Médication phagocyte. — Guérison.  
Epithélioma du cartilage laré gauche. — Electro-coagulation.  
Cancer du larynx-pharynx. — Paryngotomie latérale et électro-coagulation.

### IV. — Clinique médicale :

Maladies infectieuses guéries par la méthode phagocyte de Doyen. — Rhume postérieur catarrhal. — Neurasthénie. — Erysipèle grave. — Catarrhe pharyngé aigu — Angine phlegmoneuse. — Erysipèle et pneumonie infectieuse. — Intoxication mercurielle, stomatite gangréneuse. — Dilatation bronchique et catarrhe chronique. — Estéro-célite spontanéique.  
Pentaphtisie et ostiomes apiculaires. — Trachéo-bronchite grippale. — Gastro-entérite atonique. — Acné généralisé à forme ulcero-nécrotique. — Asthme symptomatique. — Chloro-anémie. — Consommation. — Rhume et sinusite chroniques. — Furoncle du nez. — Lymphangite phlegmoneuse du genou. — Psychasthénie senile. — Naso-pharyngite — Sinusite maxillaire droite. — Lésion simple de Crèvequière. — Ulcère rond de l'estomac. — Mamelle kystique. — Broncho-pneumonie. — Arthrite du coude à diphtérie-cocque.

Affections tuberculeuses pulmonaires. Traitement antituberculeux de Doyen. — 23 observations de tuberculose pulmonaire au 2<sup>e</sup> degré.

Clinique vétérinaire — Traitement d'affections diverses du cheval, du chien, de la chèvre et des oiseaux par la méthode phagocyte de Doyen.

### V. — Thérapeutique :

Thérapeutique des maladies infectieuses par les colloïdes phagocytaires.

### VI. — Actualités :

Service de Photographie du Dr Doyen. — Présentation à l'Académie des Sciences et à l'Académie de Médecine d'épreuves de plaques autochromes représentant des opérations chirurgicales.

Service de Radiographie du Dr Doyen. — Le plus puissant commutateur tournant.

Résultats obtenus de la vaccination antituberculeuse et de l'électro-coagulation : Pré-estimation de malades, le 6 octobre 1910, par M. Doyen devant MM. les membres du Congrès de Chirurgie.

PARIS

RÉDACTION & ADMINISTRATION

Institut Doyen, 4, rue Piccini

A. MALOINE, ÉDITEUR

33-37, Rue de l'École de Médecine

1911

**E. DOYEN et F. HAUSER. — L'Affaire Jeanne Weber. L'Ogresse et les Experts. — In-18. 3 fr. 50**

Ce volume contient l'histoire des crimes imputés à Jeanne Weber et les discussions scientifiques des rapports médico-légaux.

**E. DOYEN. — Le Cancer. — In-18. . . . . 3 fr. 50**

Ce volume est un livre de vulgarisation où se trouve exposé l'état actuel de la question du cancer.

Les précédents pages sont consacrées à l'étiologie des épithéliomes et à la division des tumeurs en tumeurs bénignes et en tumeurs malignes.

L'auteur passe ensuite à l'étude du processus néoplasique et de ses rapports avec le processus métabolique des maladies infectieuses et chroniques les mieux connues.

Il aborde dans le chapitre suivant les questions de l'immunité acquise contre le cancer, puis la généralisation du cancer et l'influence de la thérapeutique actuelle contre le cancer véritable, énumère les problèmes de l'immunité anti-cancéreuse.

Les dernières pages sont consacrées à l'étude de la thérapeutique du cancer et du mécanisme de l'immunité anti-cancéreuse. Après avoir étudié l'action générale du cancer et l'action locale de divers agents physiques, notamment l'air chaud, les étincelles électriques (les rayons X et le radium), l'auteur revient à l'étude du processus cancéreux et passe en revue les principales variétés de tumeurs cancéreuses, se référant toujours avec abondance à l'appui, sur les méthodes du traitement présent et des divers traitements locaux dans chaque cas particulier.

**E. DOYEN. — Le malade et le Médecin. Préface de M. Jules Lemaitre. — In-18, 7<sup>e</sup> mille 4 fr. 50**

Ce volume est une étude psychologique très approfondie des devoirs des médecins vis-à-vis de leurs malades.

**Le Procès Crocker-Doyen. — Plaidoirie de M. Desjardins. Observations du Dr Doyen. Conclusions du Ministère Public. Jugement de la 1<sup>re</sup> Chambre. — In-18 . . . . . 3 fr. 50**

Ce volume contient la discussion et le mot en point des droits et des devoirs du médecin conformément aux lois sur les secrets et sur les secrets thérapeutiques.

**E. DOYEN. — Traitement local des Cancers accessibles par l'action de la Chaleur au-dessus de 53°. — Grand volume in-8, 1910, 70 figures originales. . . . . 3 fr. »**

Le lecteur trouvera dans cet ouvrage un exposé précis sur la technique de l'Électro-coagulation Thermique.

Cette méthode récemment créée par le Docteur Doyen permet de détruire d'une façon rapide et efficace tous les tumeurs pathologiques ou bénignes.

Le Docteur Doyen a immédiatement appliqué sa nouvelle méthode de destruction au traitement local des cancers cutanés, il a ainsi traité plus de trois cents cas de tumeurs cancéreuses de la face, de la cavité buccale, du rectum et de l'utérus.

Ce sont les caractéristiques de son expérience clinique qui forment le sujet de ce traité.

On y trouvera d'abord d'une façon précise, mises à disposition photographes et à des dessins d'une clarté remarquable un nombre de 70, la technique de chaque cas devant employer d'ordinaire les méthodes dans le traitement rationnel de la peau et de toutes les cavités naturelles accessibles.

**E. DOYEN. — Traité de Thérapeutique chirurgicale et de Technique Opératoire.**

**Tome I. Thérapeutique chirurgicale générale, 578 fig., 1906.**

**Tome II. Opérations sur la Tête, 568 fig., 1907.**

**Tome III. Chirurgie du cou, du thorax, du Membre supérieur, 600 fig., avec la collaboration de J-P. Rousson et R. Doyen. — Les trois volumes ensemble. . . . . 75 »**

**Ouvrage complet formant 5 volumes. — Les Tomes II et III se vendent séparément pour les acquéreurs du Tome I. Chaque . . . . . 25 »**

*Prospectus spécimen sur demande*

Édité avec une perfection et un luxe inconnus jusqu'à ce jour en France médicale, ce traité est composé de nombreuses figures, toutes originales et faites d'après nature sous les yeux d'opérateurs du Dr Doyen, et dans ce but spécial de bien démontrer la Technique Opératoire. Les schémas opératoires et, surtout, les techniques de coup ayant des limites, les instruments et jusqu'à un certain point les outils, les planches photographiques sont accompagnées de dessins au trait qui expliquent et schématisent les photographies.

**En préparation :**

**Étiologie et traitement du cancer.**

**L'Électro-coagulation Thermique. — Nouvelle méthode de destruction rapide de tous les tissus pathologiques par l'utilisation des propriétés thermiques des courants de haute fréquence.**

**Nouveaux Procédés pratiques pour le Traitement des Luxations et des Fractures.**

**Exercices Pratiques de Médecine Opératoire.**

**Traité d'Anatomie Topographique chirurgicale.**

**ETABLISSEMENTS SPECIAUX**

POUR LA

Photographie des Couleurs directe d'après nature

# **PHOTO-COULEURS**

(PERFECTION L<sup>re</sup>)

167, rue Montmartre, 167 — PARIS

---

**TRAVAUX EN TOUS GENRES**

---

MONOPOLE DES VISIONS D'ORIENT  
**DE GERVAIS-COURTELLEMONT**

---

*Un Outillage perfectionné d'après les découvertes les plus récentes permet de faire à toute heure du jour et de la nuit tous les travaux relatifs à la Photographie des couleurs.*

**REPRODUCTIONS D'AUTOCHROMES SUR AUTOCHROMES**

**Reproduction en Trichromie**

Pour l'impression typographique dans le texte et hors texte de tous clichés sur plaques autochromes

---

**P O R T R A I T S**

Travaux Industriels. Catalogues Illustrés

**DÉVELOPPEMENTS, MONTAGES, RETOUCHES POUR AMATEURS**

*Comptoirs de tous les accessoires, Ébénisterie. Électricité, Verrerie, etc.*

*Nécessaires à la Photographie des couleurs*

**PUBLICITÉ LUMINEUSE DIURNE & NOCTURNE**

**CONFÉRENCES ILLUSTRÉES**

Et Séances de Projections en couleurs en France et à l'Étranger

Société anonyme des Plaques  
et Papiers Photographiques

---

**A. LUMIERE ET SES FILS**

Lyon - Montplaisir

---

**PLAQUES AUTOCHROMES**

Pour la Photographie directe des Couleurs

---

**PLAQUES SPÉCIALES POUR LA RADIOGRAPHIE**

avec écrans intensificateurs

permettant l'instantanéité radiographique

---

**H. CHEVRIER, concessionnaire pour Paris**

35, Rue de Rome, PARIS

---

**CATALOGUE FRANCO**

# ARCHIVES DE DOYEN

S O M M A I R E

## I. — Anatomie topographique chirurgicale :

Scissure de Sylvius.

## II. — Technique chirurgicale :

Technique générale de l'excision des sinus de la face par le procédé de Doyen (instrumentation à main).

Technique de l'électro-coagulation thermique du cancer du rectum.

## III. — Clinique chirurgicale :

Colpogéniotomie par le procédé Doyen.

Poïgpe sphacélé intra-otitien. — Opération — Guérison.

Syndrome et tendinite basilaires des ciseaux de la main droite. — Opération. — Guérison.

Gangrène pulmonaire. — Thoracotomie. — Modification phagogène. — Guérison.

Epithélioma du cartilage larvé gauche. — Electro-coagulation.

Cancer du laryngo-pharynx. — Pharyngotomie latérale et électro-coagulation.

## IV. — Clinique médicale :

**Maladies infectieuses guéries par la méthode phagogène de Doyen.** — Rhinite postérieure calcaireuse. — Neurosénisme. — Erysipèle grave. — Catarrhe pharyngosigé. — Angine phlogmonieuse. — Erysipèle et pneumonie infectieuse. — Intoxication mercurielle. Stomatite gangréneuse. — Dilatation bronchique et catarrhe chronique. — Entéro-collite spasmodique.

Peritphlébite et coliques appendiculaires. — Trachéo-bronchite gangréneuse. — Gastro-entérite atonique. — Acné généralisée à forme ulcéro-nécrotique. — Asthme-symptomatique. — Chlore-anémie. — Constipation. — Rhinite et sinusite chroniques. — Furoncle du nez. — Lymphangite phlegmoneuse du genou. — Psychasthénie simple. — Naso-pharyngite. — Sinusite maxillaire droite. — Ulcus simplex de Cruveilhier. — Ulcère rond de l'estomac. — Mammite lymphatique. — Broncho-pneumonie. — Arthrite du coude atrophique.

**Affections tuberculeuses pulmonaires.** Traitement antituberculeux de Doyen. — 23 observations de tuberculose pulmonaire au 2<sup>e</sup> degré.

**Clinique vétérinaire.** — Traitement d'affections diverses du cheval, du chien, de la chèvre et des oiseaux par la méthode phagogène de Doyen.

## V. — Thérapeutique :

Thérapeutique des maladies infectieuses par les collées phagogènes.

## VI. — Actualités :

Service de photographie du Dr Doyen. — Présentation à l'Académie des Sciences et à l'Académie de Médecine d'épreuves de plaques autochromes représentant des opérations chirurgicales.

Service de Radiographie du Dr Doyen. — Le plus puissant combattant l'asthme.

Résultats éloignés de la vaccination antituberculeuse et de l'électro-coagulation. — Présentation de malades, le 6 octobre 1910 par M. Doyen devant MM. les membres du Congrès de Chirurgie.

## ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE CHIRURGICALE

### Scissure de Sylvius. — Région para-sylvienne.

La topographie du volet ostéo-cutané permettant d'avoir accès sur la région para-sylvienne sera facile à déterminer, si le chirurgien peut rapidement localiser sur la paroi crânienne latérale la scissure de Sylvius. Aussi voulons-nous en préciser la situation, en utilisant les mêmes lignes-repères qui nous ont déjà servi pour repérer la scissure de Rolando. Au point de vue anatomie topographique, l'on peut établir que la scissure de Sylvius se confond avec la ligne sus-orbitaire. Nous rappelons que notre ligne sus-orbitaire est la ligne verticale qui

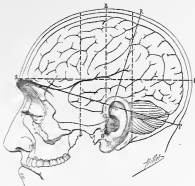


Fig. 1. — Projection de la scissure de Sylvius.

SP, ligne horizontale sus-orbitaire. — OR, ligne verticale bi-auriculaire; elle croise le suture sagittale au niveau du bregma; en avant la ligne médio-occipitale, en arrière la ligne retro-mastilloïdienne; — SP ligne sus-orbito-prothuberculaire; — OR, ligne verticale à SP, passant par le condant sylvien externe.



Fig. 2. — Idem, Rapports des lignes repères, le malade étant dans le décubitus dorsal. — La ligne sus-orbito-prothuberculaire fait avec la ligne sus-orbitaire d'avance verticale un angle de  $15^{\circ}$  — La ligne OR perpendiculaire à la ligne sus-orbito-prothuberculaire croise le point sylvien postérieur et le point rolandique supérieur.

passer un peu au-dessus du sourcil, le malade étant couché sur la table d'opé-

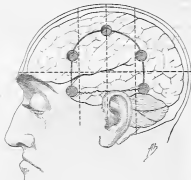


Fig. 3. — *Idem.* Situation des orifices par rapport aux lignes repères méso-oculaire, bi-auriculaire et rétro-mastoiïdiennes.



Fig. 4. — *Idem.* Localisations les plus fréquentes des tumeurs sylviennes. En avant, tumeur sus-millo-sylvienne (aphasie). En arrière, tumeur sous-termino-sylvienne (paraphasie: agraphie verbale) et sus-termino-sylvienne (pléon-alienne).

ration ; c'est au niveau de son tiers moyen que la scissure de Sylvius doit être

projetée. L'anatomie descriptive nous apprend, qu'en réalité, elle ne se superpose pas à la ligne horizontale sus-orbitaire latérale, mais que son extrémité antérieure se trouve en-dessous d'elle et que son extrémité postérieure est située au contraire à 2 ou 3 centimètres au-dessus. En utilisant les lignes-repères déterminées précédemment, nous dirons que l'on peut considérer la ligne médio-zygomatique comme croisant la ligne sus-orbitaire en un point qui correspond à l'extrémité antérieure de la scissure de Sylvius. D'autre

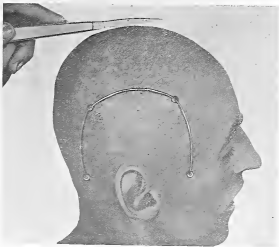


Fig. 3. — Volet chirurgical sylvien du type moyen.

part, la ligne rétro-mastoiïdienne rencontre cette même ligne sus-orbitaire en un point que l'on peut considérer comme correspondant à l'extrémité postérieure de la scissure de Sylvius.

M. Doyen a déterminé deux repères très utiles en topographie crânio-cérébrale.

Il trace une ligne sus-orbito-protabérantielle, qui s'étend du sourcil à la protubérance occipitale externe. Cette ligne passe au-dessus du conduit auditif externe. Elle fait avec la ligne horizontale sus-orbitaire que nous avons décrite un angle de 15° (ligne SP). M. Doyen élève sur cette ligne sus-orbito-protabérantielle, une perpendiculaire passant par le conduit auditif externe (ligne OR).



Cette perpendiculaire, à sa partie moyenne, rencontre l'extrémité postérieure de la scissure de Sylvius et, à son extrémité supérieure, elle répond au point Rolandique supérieur.

Nous n'insisterons pas sur les symptômes des tumeurs para-sylviennes pour l'abord desquelles il peut être utile de pratiquer le volet sylvien que nous allons décrire. Ce volet n'est qu'un volet moyen que le chirurgien pourra agrandir en hauteur et en largeur suivant les indications symptomatiques. Si la tumeur occupe le pied de la troisième frontale gauche, elle donne lieu à de l'aphasie; dans ce cas, il faut mettre au centre du volet ostéo-cutané la région sylvienne

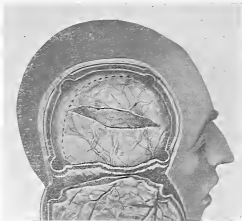


Fig. 6. — *Ideas*. La dure-mère est incisée au niveau de la scissure de Sylvius. Incision anatomique. Au cours d'une opération, il serait préférable d'inciser la dure-mère parallèlement aux deux branches de l'artère méningée moyenne d'après la technique préconisée par M. Doyen).

antérieure; ce volet donnera accès sur l'origine de la scissure de Sylvius et sur l'origine de la scissure de Rolando. Si l'on observe chez le malade de la paralysie de la face, de la langue et du larynx, c'est une indication que la tumeur est située au-dessus de la partie moyenne de la scissure de Sylvius. Il faudra donc établir un volet à dimensions prédominantes sus-médio-sylviennes. Si la tumeur est située entre la scissure pariétale et l'extrémité postérieure de la scissure de Sylvius, on observe du ptosis, c'est-à-dire de la chute de la paupière supérieure du côté opposé. Dans ce cas, il faudra déterminer un volet ostéo-cutané à dimensions prédominantes sus-postéro-sylviennes. On sait qu'une tumeur siégeant sur le lobe temporal droit donne lieu seulement à une diminu-

tion de la perception auditive. Si elle intéresse le lobe gauche, elle occasionne un désordre du langage connu sous le nom de paraphasie et de surdité verbale. Dans ces cas, enfin le chirurgien devra déterminer un volet crânien sous-postéro-sylvien.

Comme il est impossible de prévoir toutes les variétés de volets chirurgicaux, nous allons établir un volet type dont la scissure de Sylvius occupera la partie moyenne. Il sera alors facile en partant de ce volet type d'établir une grande variété de volets ostéo-cutanés dont les dimensions seront déterminées par les symptômes de localisation que nous avons résumés plus haut.

Le volet pentagonal que nous allons décrire se trouve situé dans la région temporo-pariéto-occipitale; l'oreille se trouve en dessous et exactement au milieu de la ligne joignant les deux trous de fraise inférieurs. Le trou de fraise antéro-inférieur se trouvera sur la ligne médio-zygomatique immédiatement au-dessus du zygoma. Le trou de fraise supérieur, c'est-à-dire le troisième, sera fait au-dessus de la ligne sus-orbitaire à une distance égale à celle du premier trou de fraise par rapport à la ligne sus-orbitaire. Le cinquième trou de fraise sera pratiqué sur la ligne rétro-mastoïdienne, à la même hauteur que le premier. Le deuxième et le quatrième orifices seront faits l'un et l'autre au-dessus de la ligne sus-orbitaire; l'un exactement sur la ligne médio-zygomatique et l'autre sur la ligne rétro-mastoïdienne.

Ce volet pentagonal ainsi déterminé permettra d'avoir accès sur les tumeurs situées dans la région para-sylvienne.

Le volet ostéo-cutané étant rabattu, la dure-mère est à découvert. Le premier point est d'arrêter l'hémorragie de l'artère méningée moyenne ou de ses branches si elle se produit. Il arrive en effet, dans certains cas, que l'on déchire une branche de la méningée en un point où la dure-mère adhérait à la voûte crânienne; parfois on observe la déchirure d'une veine anastomotique entre le diploë et le sinus longitudinal supérieur. L'incision de la dure-mère ne doit être faite que suivant une ligne parallèle, à la branche antérieure de l'artère méningée moyenne ou à la branche moyenne de cette artère. De cette façon, l'incision n'est pas hémorragique, car elle n'a pas intéressé un seul vaisseau d'un calibre important.

---

# TECHNIQUE OPÉRATOIRE

---

## Technique générale de l'évidement des sinus de la face.

### Instrumentation à main.

Nous entreprendrons dans cet article la technique de l'abord des cellules ethmoïdales, des sinus sphénoïdaux, du sinus frontal et du sinus maxillaire. Nous serons très brefs sur le traitement chirurgical des lésions des cellules ethmoïdales et du sinus sphénoïdal, leur technique nécessitant des qualités chirurgicales exceptionnelles. Nous insisterons au contraire sur le traitement des sinusites maxillaire et frontale que tout praticien doit connaître. Nous insisterons également sur l'opportunité de joindre au traitement chirurgical la médication phagogène de Doyen qui permettra dans bien des cas d'éviter même cette intervention. Dans les sinusites chroniques et dans les sinusites aiguës, la médication phagogène de Doyen judicieusement employée suffira à elle seule à amener une guérison rapide. Il peut se produire des cas où le malade venu consulter trop tard, on constatera la rétention de pus dans le sinus maxillaire ou dans le sinus frontal. L'intervention sera de toute nécessité; voici la technique préconisée dans ces cas par M. Doyen.

### *Empyème du sinus maxillaire.*

L'empyème du sinus maxillaire est facile à constater dans une chambre noire et en faisant l'éclairage intra-buccal avec une lampe électrique appropriée. Le degré d'opacité constaté permet même d'apprécier, dans une certaine mesure, la nature du contenu du sinus. Si l'opacité est totale, c'est une preuve que le sinus maxillaire est rempli d'une pâte sébacée fétide analogue au contenu des kistes purpurées. Une opacité incomplète indique que la muqueuse est enflammée, ou que la cavité du sinus renferme une certaine quantité de liquide. Dans certains cas, le sinus maxillaire peut contenir de volumineux polypes muqueux.

Quoiqu'il en soit, l'ouverture de cette cavité osseuse doit être très large pour en permettre l'exploration complète. On arrive à ce résultat, en trépanant le sinus maxillaire au niveau de la fosse canine. L'opération se fait dans le décubitus dorsal et sous le chloroforme. Les commissures labiales sont écartées avec l'écarteur spécial de Doyen représenté, figure 8, et la langue est maintenue soit par une pince à langue, soit comme nous le faisons désormais, en passant

un fil de soie numéro 40 dans la langue, ce qui a le grand avantage de ne laisser après l'opération aucune ulcération sensible.

*1<sup>er</sup> temps. — Découverte de la paroi externe du sinus.*

La commissure labiale et la lèvre supérieure du côté malade sont relevées à

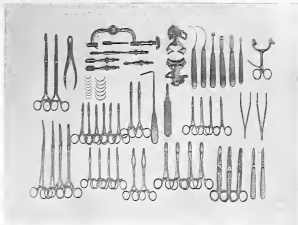


Fig. 1. — Instruments nécessaires pour les opérations sur les sinus. En bas et de droite à gauche : 2 paires de forts ciseaux droits, 1 paire de forts ciseaux courbes, 4 pincettes à arêtes à mors courts, 2 pincettes à mors ovalaires, 4 pincettes à anneaux et à griffes, 4 pincettes à mors courbes sur le champ. Au-dessus : 2 pincettes à griffes, 4 pincettes de Champoumaire, 1 tourmante, 1 écarteur, 2 pincettes porte-aiguilles à plateau excentré, 6 pincettes porte-aiguilles à mors excavés et deux types d'aiguilles courbes. En haut : 1 écarteur de molaires, 3 rugines, 1 curette, 2 aiguilles à manche, 1 écarteur bi-commissural, 1 trépan à cliquet et plusieurs types de meches et de fraises cylindro-sphériques de 12 à 16 millimètres, 1 fraise cylindro-sphérique de 8 millimètres montée sur une allonge pour la trépanation du sinus frontal, des cellules ethmoïdales et du sinus sphénoïdal, 1 pince-pouge, 2 pincettes à anneaux à mors excentrés. — Réduction au 1/6.

l'aide d'une pince à anneau ou bien à l'aide d'un petit écarteur. On incise le repli gingivo-labial sur une longueur de 15 millimètres à partir de la fosse canine.

*2<sup>e</sup> temps. — Perforation du sinus.*

La paroi externe du sinus est mise à découvert avec la rugine. On perce le point osseux dénudé avec le trépan à cliquet et la meche plate. L'orifice est agrandi avec la fraise cylindro-sphérique de 16 millimètres, ou suivant les cas

avec la fraise cylindro-sphérique de 20 millimètres imaginée plus spécialement pour l'abord des cellules mastoïdiennes. L'autre d'Highmore étant ouvert, très



Fig. 8. — Application de l'écarteur des commissures labiales.

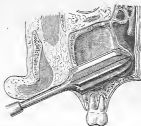


Fig. 9. — Trépanation du sinus maxillaire de part en part avec la fraise cylindro-sphérique de 16 millimètres de diamètre qui ouvre largement le méat inférieur des fosses nasales.

souvent il est utile de trépaner la paroi interne du sinus, c'est-à-dire d'ouvrir largement le méat inférieur des fosses nasales avec la fraise cylindro-sphérique de

16 millimètres comme l'indique la figure 9. Il est alors facile de vider la cavité,



Fig. 10. — Trépanation du sinus maxillaire gauche. Désnudation du maxillaire au niveau de la fosse canine.



Fig. 11. — Perforation du sinus maxillaire dans la fosse canine avec la mèche plat et le trépan à cliquet.

puis de l'éponger avec soin. On place une mèche qui traverse le sinus de part en part.

*3<sup>e</sup> temps. — Toilette de la plaie et tamponnement.*

On introduira une mèche de gaze dans l'orifice gingival et on la fera ressortir par la narine correspondante. Il ne faudra jamais mettre de drains en caoutchouc, car il est très difficile de les maintenir en place et ces drains pourraient tomber dans le sinus.

Si la paroi du sinus est profondément altérée, il est prudent de maintenir



Fig. 12. — Trépanation du sinus maxillaire gauche. Toilette du sinus avec une mèche de gaze.

ouvert pendant quelques semaines l'orifice externe par où l'on pourra de temps à autre explorer facilement la cavité dans la chambre noire avec un spéculum approprié. On tamponnera l'orifice nasal qui devra demeurer permanent et servira à faire les irrigations dans la cavité. L'orifice de la fosse canine se fermera spontanément. S'il se produisait une fistule, il serait facile en décollant dans une



Fig. 13. — Tige supplémentaire servant d'allonge pour l'exploration des sinus frontal, ethmoïdal et sphénoïdal.

intervention ultérieure la muqueuse, de la faire glisser au devant de l'orifice pour être suturée à la muqueuse gingivale adjacente.

*Empyème du sinus frontal par la méthode de Doyen.*

L'empyème du sinus frontal se reconnaît dans la chambre noire en appliquant en dessous de l'arcade sourcilière un photophore approprié. Cette affection se manifeste extérieurement par un gonflement avec rougeur et œdème de la paupière supérieure. L'ouverture du sinus frontal doit se faire de préférence par la voie endo-nasale. On utilise alors la tige supplémentaire servant d'allonge

(fig. 13). Sur cette tige, est montée une fraise cylindro-sphérique de 12 millimètres qui va permettre d'évider le canal fronto-nasal sans danger de perforer la fosse endo-crânienne. Cette méthode exige une grande habileté et une grande précision. Il est utile de mettre deux traits de repère sur cette tige pour préciser la profondeur utile où il faudra pénétrer pour être certain de ne pas occasionner d'accidents de perforation endo-crânienne. Ces traits de repère auront été déterminés en appliquant dans le sillon naso-génien l'allonge de telle sorte, que le pôle actif soit au niveau du sac lacrymal. On marque alors un premier point de repère au niveau de la narine. On remonte l'instrument de telle manière que le pôle

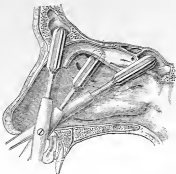


Fig. 14. — Trepanation du sinus frontal, des cellules éthmoïdales et du sinus sphénoïdal avec la fraise cylindro-sphérique de 8 et de 12 millimètres. La fraise de 8 millimètres suffit pour le sinus frontal. La fraise de 12 millimètres peut être employée pour les cellules éthmoïdales et le sinus frontal.

actif soit à la hauteur de la tête du sourcil. On trace sur la tige le deuxième point de repère au niveau de la narine correspondante.

Dès lors, ayant introduit la tige servant d'allonge dans la fosse nasale correspondante, on peut par un mouvement circulaire prudemment exercé, perforer par approche lente jusqu'au moment où l'on arrive au point malade. Par ce procédé, on évidera sûrement le canal fronto-nasal dont l'obstruction avait amené de la rétention.

Dans les sinusites, la médication phagogène instituée hâtera alors singulièrement la guérison. S'il s'est produit une fistule au niveau des régions palpébrales, il sera préférable d'aborder le sinus frontal par la voie externe, et pour ce faire, on se servira de la fraise cylindro-sphérique de 12 millimètres montée sur le trépan à cliquet. On perforera ainsi facilement la paroi externe du sinus frontal. Si on se trouve en présence de lésions osseuses assez étendues, on pourra les réséquer avec la pince gouge ou avec la rugine. En procédant par approches prudentes et lentes, on pourra évider complètement les sinus frontaux. Très souvent, les deux sinus frontaux communiquent par un petit pertuis situé



sur la cloison osseuse sagittale qui les sépare. c'est par cet orifice, que l'inflammation venue d'un sinus s'est propagée à l'autre. Il est donc de toute nécessité dans ces cas d'effondrer la paroi avec la fraise cylindro-sphérique: l'orifice étant creusé, il est facile avec la pince gougée d'augmenter sa surface et d'avoir ainsi accès sur l'autre sinus frontal.

C'est également par la même technique que l'on peut aborder les cellules ethmoïdales et le sinus sphénoïdal, mais ces interventions sont d'une application assez délicate. La technique en a été précisée dans le deuxième tome du *Traité de Thérapeutique chirurgicale et de Technique opératoire* de M. Doyen.

### Technique de l'Electro-Coagulation du rectum.

Le nouveau traitement du cancer du rectum que nous allons décrire est précisément une application de la thérapeutique chirurgicale originale que



Fig. 13. — Electro-coagulation d'un cancer papillaire unilatéral du rectum avec une électrode hemi-isolée.

M. Doyen préconise. Il soumet le malade à la vaccination antinéoplasique et il détruit la lésion locale par l'électro-coagulation thermique.

Ce traitement comporte donc un traitement général qui doit être institué dans tous les cas sans exception. On fait des injections 3 fois par semaine pendant 3 ou 4 semaines, puis 2 fois par semaine pendant 4 ou 6 semaines. On peut ensuite les espacer et les pratiquer une fois par semaine. Ce traitement doit être continué très longtemps avec quelques périodes de repos de 3 ou 4 semaines. Les liquides injectés sont au nombre de 3 :

Les tubes de la série A (numéros 1, 4, 7, 10) contiennent une solution phagocytaire de toxines atténuées et d'arsenic organique.

Les tubes de la série N (numéros 2, 5, 8, 11) contiennent des toxines atténuées et des cellules de micrococcus néoformans tuées par le bi-chlorhydrate de quinine et la chaleur.

Enfin, les tubes de la série (numéros 3, 6, 9, 12) contiennent une solution phagocytaire de colloïdes organiques.

Nous n'insisterons pas sur le détail de ce traitement général, et nous nous

arrêterons particulièrement sur le traitement local par la chaleur pénétrante au-dessus de 55° ou par le bain thermo-électrique.



Fig. 16. — Cancer du rectum. Le chirurgien avec une bougie d'Hégar, apprécie le degré de sténose.

L'ablation des tumeurs cancéreuses du rectum par le bistouri telle qu'elle a



Fig. 17. — 1<sup>er</sup> temps. Dilatation forcée du sphincter par la méthode de Doyen.

été recommandée par différents auteurs dans ces dernières années doit être pros-

crite comme une méthode dangereuse, car elle aggrave l'état du malade et accélère la généralisation par suite de la greffe des cellules cancéreuses dans la plaie opératoire. La technique de l'électro-coagulation du cancer du rectum varie suivant que le néoplasme siège au niveau de l'ampoule rectale ou du rectum périnéal ou enfin du rectum pelvien.

Nous allons préciser la technique spéciale à chacun de ces cas.

### *I. — Cancer de l'ampoule rectale et de la marge de l'anus.*

On sait combien est fréquent le cancer de l'ampoule rectale qui se greffe chez la femme sur des hémorroïdes anciennes. D'autres fois, ce sont des condylomes de



Fig. 18. — On peut alors facilement introduire le speculum en bois enduit au préalable de vaseline.

la marge de l'anus qui subissent la transformation néoplasique. Ces affections sont très fréquentes chez la femme. Après avoir prélevé un fragment pour l'examen histologique, il est facile de placer l'électrode sphérique au contact des éléments néoplasiques, puis on procède au curettage progressif des tissus suspects électro-coagulés. L'on peut ainsi arriver par approches successives à la destruction totale des éléments néoplasiques.

Il faut vérifier avec soin l'état des ganglions du triangle de Scarpa qui, trop souvent, sont néoplasiques, quand le malade vient consulter le chirurgien. Dans ces cas, il faut après avoir détruit le néoplasme au niveau de la marge de l'anus, procéder au second temps de l'intervention qui consiste à traiter la masse ganglionnaire suspecte par le bain thermo-électrique. Pour ce faire, on procède à l'évidement ganglionnaire, puis on traite par le bain thermo-électrique la cavité ainsi obtenue. Il faudra, dans ces cas, user prudemment de l'électro-coagulation pour ne pas occasionner des désordres vasculaires graves, au niveau du paquet vasculo-nerveux du triangle de Scarpa. Il se produit un fait très curieux, c'est que l'action de la chaleur détruit les tissus néoplasiques

sans détruire l'artère ou la veine fémorale qui se trouvent au même niveau. Les parois de la poche sont brûlantes au toucher, alors que les parois de l'artère et de la veine ne présentent aucune élévation de température. Le passage constant de l'ondée sanguine détermine un refroidissement continu de la paroi. Cette particularité permet de détruire définitivement par le bain thermo-électrique les tissus cancéreux adhérents à de gros paquets vasculo-nerveux.

## II. — Cancer du rectum périnéal.

L'épithélioma cylindrique du rectum est le plus souvent localisé à la paroi recto-prostatique, c'est-à-dire à la paroi antérieure du rectum pelvien. D'autres fois, il affecte la forme annulaire. Dans l'un et l'autre cas, il faut avant l'interven-



Fig. 19. — L'électrode cylindrique est mise au contact de la tumeur.

tion, dilater le sphincter pour permettre l'introduction d'un spéculum en bois. Pour obtenir cette dilatation, on emploie le spéculum de Cusco. On l'introduit, les deux valves étant au contact, et on le fait ressortir avec douceur après avoir écarté les deux valves. On place un spéculum en bois de Doyen en choisissant, surtout s'il s'agit d'un épithélioma de la paroi recto-prostatique, celui dont l'extrémité exploratrice est taillée en bec de flûte. Il est utile de tamponner le rectum au-dessus, et en-dessous, de la lésion avec une compresse que l'on enlèvera après l'intervention. Il sera alors très facile d'appliquer l'électrode directement sur l'ulcération suspecte ou sur les tissus végétants néoplasiques. Il faudra agir prudemment dans cette intervention pour ne pas perforer la paroi recto-prostatique et pour ne pas déterminer des troubles vésicaux. Il sera utile de remplir la vessie d'une certaine quantité d'eau bouillie froide qui refroidira les tissus péri-vésicaux.

S'il y a une contracture opiniâtre du sphincter ou si la lésion est trop élevée,

il pourra être nécessaire de pratiquer avant l'électro-coagulation une sphinctérotomie ou une rectotomie sus-sphinctérienne. Mais nous tenons à faire remarquer que bien souvent on localise très haut une lésion néoplasique du rectum après examen au doigt ou au rectoscope, le malade étant allongé sur un lit d'observation; on est alors très étonné quand, sur la table d'opération le malade étant profondément anesthésié, il se produit sous l'influence du relâchement musculaire dû à l'anesthésie une sorte d'abaissement de la région lésée et l'épithélioma diagnostiqué très haut paraît au contraire très-bas. Si la lésion est végétante et obstrue complètement le tube digestif, il faudra procéder par électro-coagulation progressive et curetter avec soin les tissus suspects au fur et à mesure de leur coagulation. L'indication de la rectotomie sus-sphinctérienne ou trans-sphincté-



Fig. 30. — Avec un bourdonnet de coton monté sur une longue pince, il est facile d'éponger la saignée cancéreuse.

rienne s'imposera d'une façon spéciale, si la lésion suspectée occupe la paroi postérieure du rectum périnéal. Dans ce cas, on incise franchement sur la ligne ano-coccygienne la paroi postérieure rectale après avoir introduit dans le rectum le bistouri protégé sur sa face dorsale par l'index droit. On sort alors franchement en sectionnant tous les tissus jusqu'à la pointe du coccyx. Saisissant chacune des lèvres de la plaie avec une pince égrène courbe, il est facile d'introduire l'électrode et de détruire sous le contrôle de la vue tous les tissus suspects.

### III. — Cancer du rectum pelvien.

Le traitement du cancer du rectum pelvien peut aussi se faire soit par les voies naturelles, soit après rectotomie postérieure trans-sacrée.

1° *Opération par les voies naturelles.* — Lorsque l'anesthésie est complète, on procède dans le premier temps à la dilatation forcée du sphincter par la méthode de Doyen. Pour ce faire, on introduit dans le rectum le spéculum deusco fermé

et on le ressort, les branches étant ouvertes. On introduit alors un spéculum en bois d'un diamètre approprié, après avoir eu soin de l'enduire de vaseline. Si la sténose est presque complète, on peut introduire une certaine quantité de liquide et réaliser les conditions du bain thermo-électrique. Si, au contraire, la lésion paraît localisée en un point, il est facile d'appliquer l'électrode au contact même des tissus suspects et de les détruire par l'électro-coagulation. Il faut toujours dans ces cas se servir du porte-électrode à long manche, qui sert également pour le traitement du cancer de l'utérus.

2° *Rectotomie postérieure trans-sacrée.* — Le plus souvent, il est préférable de procéder au préalable à la rectotomie iliaque trans-sacrée. Il est utile de placer



Fig. 21. — Grâce au miroir frontal de Doyen, on peut par la vision directe apprécier exactement l'étendue du lieu cancéreux.

le malade dans le décubitus latéral droit; la jambe droite étant allongée et la jambe gauche étant fléchie à angle droit. L'index gauche muni d'un gant de caoutchouc est introduit dans le rectum. On incise franchement la peau sur le raphe ano-coccygien, en prolongeant l'incision sur une hauteur de 12 centimètres. On incise à droite et à gauche les bords latéraux du sacro-coccyx, en inclinant le bistouri en sorte qu'il rase la face antérieure. Avec le doigt, on décolle rapidement l'espace rétro-rectal et il est facile d'un coup de pince de Liston de faire sauter les vertèbres coccygiennes et les deux dernières vertèbres sacrées. Suivant les cas, la rectotomie postérieure sera sus-sphinctérienne ou bien elle intéressera le sphincter de l'anus. Dès lors, la lésion néoplasique étant parfaitement visible, il suffira de la traiter comme s'il s'agissait d'un cancer externe. Sous le contrôle de la vue on détruira prudemment les lésions; même si la lésion intéresse le rectum péritonéal, il ne faut pas craindre de se servir de l'électro-coagulation. La plupart du temps, il se produit un processus post-opératoire de péritonite adhésive qui évite les complications péritonéales.

*Soins post-opératoires.*

Après toutes ces interventions qui sont caractérisées par une anesthésie post-opératoire remarquable de la région électro-coagulée, il suffira de pratiquer des lavages quotidiens avec les antiseptiques habituels; l'eau de Labarraque nous paraît l'antiseptique de choix. Il est absolument inutile de constiper le malade au lendemain de l'intervention, l'élimination des escharres se fera d'une façon progressive, le plus souvent de 15 jours à 3 semaines après l'intervention. Ces escharres seront massives et volumineuses et quelquefois leur chute s'accompagnera d'hémorragies abondantes, le sang provenant d'une artère hémorroïdale. Ces hémorragies seront abondantes, non pas à cause du calibre de l'artère lésée, mais de par ce fait anatomique que les fibres musculaires de la paroi rectale maintiennent ces artérioles héantes. Cette complication se produit très rarement et quand elle se produit, il suffit pour l'arrêter d'introduire si l'on n'a pas fait la rectotomie, le spéculum de Cusco; on écarte légèrement les branches et l'on tamponne avec soin la cavité rectale. On retire le spéculum 24 ou 48 heures après. Quand les escharres sont tombées, il se produit un tissu cicatriciel qui, dans certains cas, alors que l'épithélioma était annulaire, pourra provoquer un certain degré de sténose. Par le toucher digital du rectum, on se rendra compte qu'il existe un diaphragme fibreux. Il suffira avec une hougie d'Hégar ou plus simplement avec l'index de faire la dilatation forcée du rétrécissement qui ne se reproduit plus après. Cette particularité n'est pas une contre-indication à l'emploi de l'électro-coagulation. Il est certes préférable de créer un rétrécissement cicatriciel temporaire plutôt que de laisser croître une lésion cancéreuse.

Il est des cas enfin où la lésion néoplasique étant diffuse sur une hauteur de 5 à 6 centimètres au lieu d'être végétante en un point, il a fallu procéder à l'électro-coagulation par un va-et-vient successif de l'électrode, comme s'il s'agissait d'un épithélioma du col de l'utérus. Ce badigeonnage rapide des parois rectales néoplasiques détermine secondairement, après la chute des escharres un tissu fibreux cicatriciel qui donne la sensation au doigt d'un tissu cartonné, et au toucher digital on croirait, si l'on n'était pas prévenu, que le malade est atteint de rectite spécifique. Ce résultat est très important à connaître, car il est arrivé à certains chirurgiens ignorants de la pratique de l'électro-coagulation, de diagnostiquer une rectite syphilitique chez des malades traités antérieurement par l'électro-coagulation thermique.

---

## CLINIQUE CHIRURGICALE

---

### Déchirure totale du périnée après un accouchement — Colpopérinéorrhaphie par le procédé Doyen.

La malade que je vais opérer devant vous, est âgée de 19 ans. Il y a 6 mois à la suite d'un accouchement laborieux, l'enfant étant venu en situation mento-pubienne, il s'est produit une déchirure totale du périnée postérieur. Le médecin traitant a procédé immédiatement à la réparation, et malgré une trentaine de fils de suture, vous pouvez constater que le résultat de son intervention est des plus désastreux. La malade n'a plus de commissure antérieure du sphincter anal et les matières sortent par une sorte d'orifice cloacal. Vous voyez que la fourchette n'existe pas et que l'anus et la vulve forment un seul orifice. L'examen local nous permet de constater que les téguments à ce niveau présentent les traces d'une cicatrice ancienne.

Vous pouvez remarquer qu'il n'existe pas de prolapsus de la paroi recto-vaginale. Il est donc bien inutile de pratiquer une colporrhaphie postérieure. Le problème chirurgical qu'il faut résoudre consiste simplement à reconstituer un plancher périnéal. Comme la commissure postérieure de la vulve se trouve presque en contact de la région anale, il faut par un procédé plastique rétrécir considérablement l'orifice de la vulve et reconstituer la région anale.

Le procédé que j'imagine devant vous consiste à inciser les téguments inter ano-vulvaires pour réaliser un  $\alpha$  horizontal, c'est-à-dire formé de deux lignes courbes réunies à leur partie moyenne. La ligne à concavité antérieure s'étend de la partie moyenne du bord latéral droit de la vulve à la partie moyenne de son bord gauche. Je fais alors deux petits débridements à droite et à gauche de l'anus. Je dissèque avec soin les deux lèvres de la plaie ainsi formée, et vous pouvez constater qu'après la rétraction on observe une surface cruentée ressemblant à un « o » dont le pôle inférieur va constituer la commissure antérieure de l'anus et dont le pôle supérieur va constituer la commissure postérieure de la vulve. Avec mon aiguille à manche courbe, je charge la partie moyenne de la plaie ovale que je viens de réaliser en prenant soin de traverser de chaque côté le plan musculaire sphinctérien ano-vulvaire. Vous pouvez constater que je me sers de soie n° 2; c'est en effet le secret de la réussite de ces opérations que de prendre pour les sutures profondes des fils de soie très fins. Le fil médian étant placé, j'ai ainsi réalisé un 8. Il me suffit alors de placer 4 points profonds, 2 au-



dessus et 2 au-dessous du premier plan pour réparer le sphincter. Il ne reste plus qu'à placer les sutures vaginales, puis les points entanés : vous pouvez constater maintenant que la région ano-vulvaire est tout à fait normale.

Les suites opératoires ont été parfaites. Les fils ont été enlevés au quinzième jour et l'examen a constaté que j'avais réussi à reconstituer le sphincter anal et le sphincter vulvaire dans leur état normal.

### **Polype intra-utérin pédiculé. — Hémorragies répétées. —**

#### **Opération. — Guérison.**

Mme H..., âgée de 35 ans, est dans un état d'anémie très inquiétant. Depuis 1909, elle a de fréquentes métrorragies qui se répètent presque chaque jour. La première hémorragie s'est produite le 16 décembre 1909. Les règles étaient particulièrement abondantes et duraient 8 à 10 jours; elles fatiguaient énormément la malade. Une saison faite à Salles-de-Béarn n'apporta aucun remède. Les pertes continuèrent à se produire, et la malade s'anémiait de plus en plus. Elle vint à Paris, consulta le Docteur Bédère qui recommanda les rayons X comme « pouvant, sans opération, par l'assèchement des ovaires, supprimer ces pertes ». Ce traitement fut commencé le 6 octobre, mais les pertes continuèrent à se montrer très abondantes. Le 21 novembre, un examen au spéculum me révéla la présence d'un polype intra-utérin qui sortait du col.

Après avoir dilaté, au préalable, avec des laminaires, l'anal cervical, sans anesthésie, j'introduis un tube endoscopique de 20 centimètres de long et il m'est facile de constater la présence d'un polype fibreux du volume d'une noix et qui s'insère par un pédicule court à la paroi latérale de l'utérus. Il est facile de constater par cette endoscopie intra-utérine que ce polype commence à se sphacéler et qu'il présente certains points complètement dégénérés. Cette mortification n'a pas envahi le pédicule. Avec ma pince gouge utérine du petit modèle, il est aisé de saisir ce polype et de rompre son pédicule d'assertion par quelques mouvements de torsion droite et gauche.

Cette intervention a été facilitée par l'emploi de l'endoscopie intra-utérine. Il a suffi dans la suite de quelques lavages intra-utérins pour guérir complètement la malade. Depuis l'intervention, les hémorragies ont complètement cessé et tout est rentré dans l'ordre.

### **Synovite bacillaire des extenseurs de la main droite. — Tendinite raréfiante et péritendinite fongueuse. — Ramollissement des tendons. — Opération. — Guérison.**

Mme X..., 48 ans, présente depuis 3 ans une gêne progressive dans l'extension de l'index, du médius et de l'annulaire. Les troubles de l'extension sont dus à une lésion des tendons extenseurs propres. A la palpation, il est facile de reconnaître la présence d'une ténosynovite sur la face dorsale du métacarpe.

La malade vient d'être anesthésiée. J'incise sur une longueur de 4 centimètres

la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Il m'est facile de disséquer rapidement la gaine synoviale des extenseurs qui se trouve très épaisse. Je procède alors à l'ablation complète des fongosités péri-tendineuses et j'excise le plus complètement possible la gaine synoviale altérée. Vous constatez, Messieurs, que l'on se trouve en présence de lésions tendineuses dues au processus de tendinite raréfiante et que, sous l'influence de cette altération, il s'est produit un allongement des tendons extenseurs : d'où l'incapacité fonctionnelle de mettre les doigts dans l'extension complète. Aussi je vais procéder au raccourcissement des tendons extenseurs. Pour ce faire, j'incise un tendon suivant sa longueur de façon à le transformer en une boutonnière. Puis avec un fil de soie très fin, je suture les deux parties droite et gauche du tendon à 3 hauteurs différentes, de manière que la lèvre droite du tendon soit abaissée de un centimètre et que la lèvre gauche soit au contraire élevée d'un centimètre. Il est facile de constater qu'il s'est produit par suite un raccourcissement de 1 centimètre et demi environ, ce qui est suffisant pour ramener le tendon extenseur à sa longueur normale. On a ainsi procédé au raccourcissement égal et en sens contraire de chaque lèvre du tendon. Ce procédé est tout original. Je viens de l'appliquer pour la première fois à ce cas. Je procède de même à l'intervention sur les deux autres tendons extenseurs.

Vous pouvez constater, dès lors, Messieurs, que le résultat fonctionnel est satisfaisant, ces 3 tendons ont été raccourcis chacun de 10 à 15 millimètres.

Les suites opératoires ont été parfaites, et la malade peut maintenant facilement mettre ses doigts dans l'extension complète.

### Gangrène pulmonaire. — Thoracotomie. — Médication phagogène. — Guérison.

Mme E..., âgée de 38 ans, à la suite d'une grippe infectieuse, survenue en octobre 1910, a présenté une bronchite, puis un début de gangrène pulmonaire. L'expectoration est devenue fétide et très abondante, et la malade nous a été conduite pour subir une thoracotomie. Elle se trouve dans un état de cachexie extrême, les traits sont émaciés, la température depuis un mois atteint 39° le soir et 38° 6 le matin. A l'auscultation, on entend un souffle cavitaires et une pluie de râles humides dans l'espace inter-scapulo vertébral, un peu au-dessus de la pointe de l'omoplate. A l'examen radioscopique, on constate très nettement la présence d'une cavité de la grosseur d'une orange. La malade est d'abord soumise à la médication phagogène pré-opératoire. Pendant 4 jours consécutifs, on lui fait une injection de 6 centimètres cubes de liquides phagogènes en 3 fois par 24 heures. Dès le deuxième jour, une amélioration considérable de l'état général se produisait, et les crachats étaient d'une fétidité bien moindre. Peu à peu, ils diminuèrent de nombre. La médication phagogène est continuée encore pendant 8 jours. L'expectoration s'amende de plus en plus, et l'état général devient meilleur. La malade reprend de l'appétit et ses forces augmentent. La température persiste le soir, et il se produit des alternatives d'augmentation et de diminution d'expectoration qui prouvent l'existence d'une

cavité dont le drainage s'impose. Aussi l'on décide le 16 décembre de pratiquer une thoracotomie.

J'ai déterminé avec précision la région où devait porter la résection costale. L'examen radioscopique, fait avec ma nouvelle installation extra-puissante, m'a montré l'existence d'une cavité purulente du volume d'une orange au niveau de l'extrémité vertébrale de l'interlobe droit.

Après avoir incisé dans l'espace inter-scapulo vertébral la peau et les muscles, il est facile de mettre à nu la cinquième et la sixième côtes, à l'aide de ma rugine costotome. Il m'est facile en quelques secondes de réséquer 5 ou 6 centimètres de chacune d'elles. La plèvre apparaît. Une incision prudente montre qu'il existe de la pleurite adhésive. J'effondre avec mon doigt le parenchyme pulmonaire et j'introduis l'index dans la cavité suppurante. Il s'est produit une hémorragie en nappe assez abondante, ce qui m'oblige à tamponner et à terminer rapidement l'opération.

Les suites opératoires ont été parfaites. Sous l'influence de la médication phagogyne qui est continuée, l'état général s'est amélioré considérablement et l'expectoration est devenue pour ainsi dire nulle. Le drainage s'assure parfaitement pour la plaie. Il s'est produit 15 jours après l'intervention une complication qui aurait été mortelle, si la malade n'avait pas été thoracotomisée. En effet, une artère bronchique assez importante s'étant rompue, une hémorragie profuse s'est produite, mettant la malade dans un danger de mort imminente. Mais il a été très facile par la plaie pariétale de tamponner avec soin la cavité et d'arrêter l'hémorragie.

### Épithélioma du cartilage tarse gauche. — Électro-coagulation.

Cette malade est âgée de 66 ans et présente depuis 3 ans une petite lésion cutanée que l'on traitait par les caustiques les plus variés. Malgré tous les traitements employés, la lésion s'est étendue, et actuellement, vous pouvez constater qu'elle a les dimensions d'une pièce de 50 centimes. La malade vient d'être anesthésiée. Avec cet écarteur en bois, j'abaisse fortement la paupière inférieure. Je monte sur l'extrémité du porte-électrode cette toute petite électrode cylindrique de 4 millimètres de diamètre, et par une série de contacts successifs, je coagule rapidement les tissus suspects. Vous pouvez constater que j'ai pris la précaution de faire passer une très faible quantité de courant. Le fil était mis à la deuxième spire, et je faisais passer le courant pendant 3 ou 4 secondes.

J'ai opéré, il y a 2 ans, un malade atteint d'une affection analogue. L'examen histologique avait confirmé le diagnostic d'épithélioma. Il ne s'est jamais produit aucune récidive.

### Cancer du laryngo-pharynx. — Pharyngotomie latérale. —

#### Électro-coagulation par la voie cervicale latérale.

M. X..., âgé de 40 ans, est traité pour une laryngite granuleuse depuis un an. Le malade vient nous consulter, car depuis un mois, il est très gêné pour avaler

quelques aliments. Cette dysphagie devient tellement douloureuse qu'il n'ose plus manger. Il est facile de constater à l'examen qu'il existe une tumeur très volumineuse dans le laryngo-pharynx. La masse néoplasique occupe la paroi postérieure du laryngo-pharynx. Cette affection serait complètement inopérable, si nous n'avions pas à notre disposition les procédés d'électro-coagulation qui permettent de détruire entièrement tous ces tissus suspects. Il faudra tout d'abord, dans un premier temps, pratiquer une pharyngotomie rétro-hyoïdienne et lorsque la paroi latérale du pharynx sera suturée à la peau, il sera facile par cet orifice d'introduire l'électrode et de coaguler la masse pharyngée néoplasique. Le malade vient d'être endormi. J'incise la peau sur une longueur de 6 centimètres au niveau du bord antérieur du sterno-mastoidien. Cette incision croise à sa partie moyenne la grande corne de l'os hyoïde. Voici le bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoidien et la saillie de l'os hyoïde. Je pratique une seconde incision horizontale parallèle à la grande corne de l'os hyoïde et longeant son bord inférieur jusqu'au niveau du corps. Je procède à la double ligature du tronc thyro-laryngo-facial. J'introduis par la bouche une longue pince qui vient faire saillir le constricteur thyroïdien au-dessous de la corne de l'os hyoïde. Je perfore la muqueuse et le muscle avec cette pince. Il m'est dès lors facile d'agrandir l'orifice par divulsion. Je saisis immédiatement les lèvres de la plaie, muqueuse et peau, entre les mors de plusieurs pinces érigées. Vous voyez que je découvre ainsi toute la base de la langue et l'orifice du larynx. Je suture avec de la soie la muqueuse et la peau. Je garde les deux chefs des fils qui me serviront dans un instant pour écarter les lèvres de la plaie. J'explore avec mon doigt le laryngo-pharynx et je constate la présence de cet épithélioma végétant du volume d'une noix. J'introduis dans l'œsophage une sonde uréthrale n° 20 et je tamponne avec soin l'orifice œsophagien. Je protège la cavité pharyngée avec des compresses et la tumeur étant ainsi isolée, je place l'électrode sur sa partie la plus saillante. Au bout d'une minute, j'en ai coagulé la majeure partie, et avec la curette, j'extrais tous les tissus chauffés. Je recommence ainsi à deux ou trois reprises cette intervention, et vous pouvez constater que maintenant les tissus suspects sont détruits.

---

# CLINIQUE MÉDICALE

---

## Maladies infectieuses guéries par la méthode phagogène de Doyen.

Rhinite postérieure catarrhale. — Médication phagogène. — Guérison.

M. D..., âgé de 26 ans, chocolatier, est soigné par le Docteur Amieux, de Noisiel, pour une rhino-pharyngite aiguë ayant commencé le 9 juillet 1910. Le malade a de l'enclenchement, une céphalée frontale pénible et de fréquents éternuements. Depuis 48 heures il persiste un écoulement séro-purulent nasal assez abondant.

Le Docteur Amieux fait à son malade une injection de 2 centimètres cubes de Mycolysine injectable.

Une demi-heure après, les éternuements ne se produisaient plus. Le soir même, le malade se considérait comme guéri et avait repris ses occupations.

Neurasthénie. — Douleurs rachialgiques. — Médication phagogène. — Guérison.

Mme Jeanne L..., 23 ans, chocolatière, est soignée en janvier 1910, par le Docteur Amieux, de Noisiel. La malade présente des insomnies perpétuelles et une céphalée opinoïdante. Elle accuse des douleurs vagues du rachis dans la région lombaire. Elle n'a aucun goût pour le travail, elle est sans cesse tourmentée par des idées noires, et par moment, elle présente des crises de neurasthénie intense. Elle a beaucoup maigri et l'appétit a complètement disparu.

La médication phagogène de Doyen est commencée le 22 juillet 1910. La malade prend tous les matins 4 cuillères à soupe de Mycolysine buvable. Cette médication est continuée jusqu'au 18 août 1910. Dès le début du traitement, la céphalée et la rachialgie disparaissent. Peu à peu, l'appétit réapparaît et par suite la nutrition se régularisait. Un mois après le commencement du traitement, la malade jouissait d'un sommeil réparateur. Actuellement, l'état général est excellent. La malade a augmenté de poids et envisage la vie avec plus de confiance.

Erysipèle grave. — Médication phagogène. — Guérison en 36 heures.

Mme C..., 26 ans, chocolatière, à Torcy (Seine-et-Marne), est atteinte le 10 octobre 1910, d'un erysipèle de la face qui a envahi la région faciale latérale et palpébrale. La douleur locale est intense. La température est de 39°. Le Docteur Amieux, de Noisiel, appelle, ordonne immédiatement 3 injections sous-cutanées de 2 centimètres cubes de Mycolysine injectable. 2 heures après l'injection, la douleur disparaissait, et le soir la rougeur était singulièrement atténuée ainsi que l'œdème. Le lendemain matin, la température était devenue normale.

**Catarrhe pharyngé aigu. — Médication phagogène. — Guérison 12 heures après.**

M. F..., 45 ans, chocolatier, est atteint de catarrhe naso-pharyngé grippal. La température est de 38° 3. Le malade présente une céphalée frontale opiniâtre. Cet état dure depuis 2 jours.

Le Docteur Amieux est appelé pour lui donner ses soins. Il prescrit à 10 heures du matin une injection sous-cutanée de 2 centimètres cubes de Mycolysine injectable. Le soir même, la température était tombée et dans l'après-midi, il s'était produit une vraie débâcle urinaire. L'éternement et l'enchièrenement avaient aussi complètement cessé.

**Angine phlegmonense. — Médication phagogène. — Guérison.**

Mlle de L..., 30 ans, sans profession, est soignée par le Docteur Bonvy, 187, rue de Grenelle, à Paris. La malade est atteinte d'angine phlegmonense ayant débuté le 3 octobre 1910. On constatait un gonflement intense de la luette et des tonsils péri-amygdaliens à droite. Le malade souffre d'une dysphagie très pénible et présente une dysphonie considérable. L'état général paraît profondément touché. La température est de 38° 5.

La médication phagogène est commencée le mardi 4 octobre 1910. Le médecin traitant fait 2 injections sous-cutanées de 2 centimètres cubes de Mycolysine injectable et il prescrit de la Mycolysine buvable à la dose de 4 cuillères à bouche, répétées 4 fois pendant 24 heures. Le lendemain de l'injection, le pus se collectait et un abcès rétro-pharyngien ouvert donne issue à un verre de pus.

La guérison s'achève rapidement, et 48 heures après, la rougeur et la douleur rétro-pharyngienne avaient complètement disparu.

**Plaie infectée. — Erysipèle consécutif et pneumonie infectieuse. — Médication phagogène. — Guérison.**

L'enfant F..., âgée de 6 ans, 46, rue du Château, est soignée par le Docteur Bonvy, 187, rue de Grenelle, pour une écorchure du genou qui s'est infectée le 14 juillet 1910. L'enfant présente une rougeur lymphangitique péri-rotulienne. L'état général est touché. La malade a de la fièvre : 38° 5. Le médecin traitant ordonne un pansement humide. 4 jours après, il est rappelé parce que l'enfant se trouve dans un état très grave. La température est de 41°. Toute la jambe et le pied ont l'aspect d'un vaste érysipèle. La respiration est difficile. L'enfant présente les signes d'une pneumonie diffuse. Elle présente du délire. Le Docteur Bonvy pratique immédiatement une injection sous-cutanée de 2 centimètres cubes de Mycolysine injectable et deux jours après comme la température persistait, il fait une seconde injection identique. Le 21, la rougeur et le gonflement diminuent. Les signes pneumoniques disparaissent. La température tombe. L'enfant entre en convalescence le 25 juillet considérée comme complètement guérie.

**Intoxication mercurielle. — Stomatite gangréneuse. — Médication phagogène. — Guérison.**

Mme A..., 26 ans, ménagère, à Badajoz (Espagne), est soignée par le Docteur Vasquez. Depuis juin dernier, la malade est dans un état général très précaire. Elle présente une fétidité buccale intense et expectore des débris gangréneux. On constate au niveau de la glande sous-maxillaire de la parotide un certain degré d'inflammation. La malade, à la suite d'une médication mercurielle trop intensive, a présenté une stomatite et des ulcérations multiples sur la langue. Ces ulcérations se sont enflammées et ont déterminé des accidents de stomatite ulcéro-gangréneuse.

La médication phagogène est commencée le 11 octobre.

La malade reçoit pendant 4 jours une injection de 4 centimètres cubes de Mycolysine injectable et on la laisse reposer pendant 2 jours. On lui fait encore pendant 3 jours une injection sous-cutanée de 4 centimètres cubes de Mycolysine injectable.

À la suite de ce traitement, les ulcères du bord lingual se sont cicatrisés, la fétidité buccale a complètement disparu. Le 20 octobre, le médecin procède à l'extraction d'un séquestre de 3 centimètres et demi de longueur et de 1 centimètre et demi de largeur et il enlève la quatrième molaire. Le 23 octobre, la malade était considérée comme complètement guérie. À noter que la médication avait provoqué des poissées d'urticaire sans conséquence grave.

#### Dilatation bronchique. — Catarrhe chronique. — Médication phagogène. — Guérison.

M. D..., âgé de 36 ans, typographe, présente depuis plusieurs années une toux quinteuse et une expectoration très abondante. À l'auscultation, on entend une respiration sourde et affaiblie au sommet. On constate la présence de petits foyers multiples, des râles sous-crépitaux et plus particulièrement au niveau du lobe moyen des deux poumons.

La médication phagogène est commencée par le Docteur Tagrine, rue Duret, Paris, le 25 septembre 1910. Le malade reçoit deux fois par semaine une injection sous-cutanée. Le mardi, son médecin traitant lui fait une injection d'arsenic organique et le vendredi, de Mycolysine injectable. Après un mois et demi de traitement, on constatait un meilleur état général, la fièvre avait disparu. L'expectoration était moins abondante. Les quintes de toux avaient diminué de nombre. Le malade prenait de l'embonpoint et l'état général s'améliorait considérablement.

#### Entéro-colite spasmodique chez une arthritique. — Médication phagogène. — Guérison.

Mme M..., 52 ans, ménagère, quai d'Asnières, présente depuis de longues années une constipation opiniâtre. Elle a de fréquentes entéralgies. Le foie est gros, volumineux, douloureux à la palpation; la face est toujours congestionnée et la malade souffre beaucoup de myalgie goutteuse. Le Docteur Tagrine commence la médication phagogène le 25 septembre. La malade reçoit 2 fois par semaine une injection sous-cutanée de 2 centimètres cubes de Mycolysine injectable.

Après 10 injections, tous les symptômes se trouvaient améliorés, les crises intestinales étaient devenues moins fréquentes, et la malade très satisfaite demandait à cesser le traitement.

#### Péri-Typhlite. — Coliques appendiculaires. — Médication phagogène. — Guérison.

Mme G..., 31 ans est atteinte depuis 2 ans de péri-typhlite. Elle présente plusieurs fois par mois des douleurs localisées dans la fosse iliaque droite. Elle est habituellement très constipée. La palpation révèle un cæcum sensible et un très léger empatement dans la fosse iliaque.

La médication phagogène est entreprise par le Docteur Tagrine, le 10 octobre 1910. Deux fois par semaine, la malade reçoit une injection sous-cutanée de liquides phagogènes. Dès le début du traitement, les crises disparaissent et l'intestin reprend son fonctionnement normal. Après 12 piqûres, l'état général est devenu excellent. La malade ne se plaint plus d'aucune douleur dans les régions cœcales et appendiculaires.

**Trachéo-bronchite grippale sub-aiguë.**

L'enfant D..., âgé de 7 ans, est traité par le Docteur Tagrine pour une affection bronchique qui dure depuis un mois. Le malade toussé d'une façon continuelle; il est très enroué et présente le soir un certain degré de température. L'appétit a complètement disparu. L'enfant est apathique et se fatigue au moindre effort.

La médication phagogène de Doyen est commencée le 13 octobre 1910.

Deux fois par semaine l'enfant reçoit une injection sous-cutanée : le mardi, son médecin traitant lui fait une injection de 1/2 centimètre cube de liquide A et le vendredi 1 centimètre cube de PH (Mycotysine injectable). Après 8 injections, tous les symptômes morbides se sont amendés et l'enfant engraisse. Il a grandi et sa mine est excellente.

**Gastro-entérite atonique à forme spasmodique. — Médication phagogène. — Guérison.**

Mme P..., 48 ans, sans profession, présente, depuis plusieurs années des digestions lentes, lourdes et pénibles. Parfois il se produit un vomissement après le repas et ce vomissement soulage beaucoup la malade, qui se plaint de contractions intestinales douloureuses. Malgré un régime lacto-végétarien très sévère qu'elle suit depuis longtemps, l'état général est mauvais et la malade se trouve dans un état d'anémie très prononcé. Le faciès est sub-ictérique. Le foie est douloureux à la palpation. Tous les traitements essayés ont échoué.

Le Docteur Tagrine commence la médication phagogène de Doyen, le 2 octobre 1910. Le mardi, il fait une injection sous-cutanée de liquide A (arsenic organique) et le vendredi une injection sous-cutanée de 2 centimètres cubes de Mycotysine injectable.

Dès la quatrième injection, la malade se sent beaucoup mieux. Après 16 injections, se sentant dans un état de santé parfait, elle décide de cesser tout traitement.

**Acné généralisé à forme ulcéro-nécrotique. — Amélioration.**

M. B..., 18 ans, boulevard Magenta, présente depuis plusieurs années des boutons d'acné qui ont envahi la face, le cou, le thorax : les uns sont enflammés, les autres sont pustuleux. Quelques-uns d'entre eux suppurent. Tous les traitements ont échoué. Le malade se frappe de cette infirmité et se trouve dans un état de neurasthénie considérable. Il présente un masque grasseux luisant qui forme un véritable écoumoir. L'on constate des placards d'ulcérations pustuleuses et nécrotiques sur le thorax et dans la région faciale. Le Docteur Tagrine commence le 8 septembre 1910 la médication phagogène. Le malade reçoit trois injections par semaine de liquides phagogènes. Dès les premières injections, il se produit une modification dans l'évolution de la lésion cutanée; ces foyers inflammatoires disparaissent et les pustules se dessèchent.

L'état général du malade se trouve singulièrement amendé. Les lésions sont en voie de régression. Il s'est produit une amélioration indéfinissable des lésions cutanées et de l'état général. Les troubles neurasthéniques ont complètement disparu.

**Asthme symptomatique. — Médication phagogène. — Guérison.**

M. B..., 41 ans, dessinateur, présente depuis une dizaine d'années des crises d'asthme presque quotidiennes avec dyspnée. Cette dyspnée est tellement douloureuse, que le malade est obligé d'avoir recours aux injections d'Hérome. L'état général est très mauvais. Le malade paraît épuisé par un état de sub-cyanose permanente.

Le Docteur Tagrine commence la médication phagogène de Doyen le 26 octobre 1910.



Deux fois par semaine, le malade reçoit une injection sous-cutanée de 2 centimètres cubes, le mardi, d'Arsenic organique et le vendredi, de Mycolysine injectable. Un mois après le début du traitement, il s'est produit une amélioration considérable des symptômes dyspnéiques, à ce point que le malade n'utilise plus les piqûres d'Héroïne.

#### **Chloro-Anémie. — Médication phagogène. — Guérison.**

Mlle D..., 19 ans, à Malakoff, vient consulter pour des trembles chloro-anémiques très accentués. Depuis plus d'un an, elle présente une pâleur inaccoutumée de la face. Les règles sont très irrégulières et très douloureuses. L'appétit est très mauvais, et la malade présente une anorexie très marquée. Tout travail la fatigue; elle est essouffée au moindre effort. Elle ne présente pas de lésions pulmonaires, ni de température. La malade se complait à rester couchée. Le Docteur Tagrine commence la médication phagogène le 13 mars 1910.

Pendant 4 semaines, la malade reçoit 2 injections par semaine de 2 centimètres cubes de liquide A, le mardi, et de liquide H (Mycolysine injectable) le vendredi. Après 12 injections sous-cutanées, la malade qui avait ingéré 6 flacons de Mycolysine buvable, se trouve transformée. L'appétit est réapparu, les forces sont revenues, l'apathie physique et la faiblesse intellectuelle ont complètement disparu.

#### **Consomption. — Médication phagogène. — Guérison.**

Mlle B..., 28 ans, à la suite de surmenage professionnel, se trouve le 3 octobre 1910, dans un état de santé inquiétant. Depuis 2 mois s'accuse de jour en jour un état apathique qui l'oblige à abandonner tout travail. L'anémie est profonde, l'anorexie complète et la malade a maigri énormément.

La médication phagogène de Doyen est commencée par le Docteur Tagrine, le 3 octobre 1910.

Le médecin traitant, fait à la malade 2 injections sous-cutanées par semaine, le mardi une injection de 2 centimètres cubes de liquide A et le vendredi une injection de 2 centimètres cubes de liquide C (colloïde phagogène). Après deux mois de traitement, la malade a repris ses forces. Elle a engraisé de 3 livres, et elle se trouve dans un excellent état physique, en sorte qu'elle reprendra fin novembre son travail.

#### **Rhinite chronique à complications sinusiennes. — Médication phagogène. — Guérison.**

Mlle A., 19 ans, souffre depuis février 1910, d'une rhino-pharyngite. L'infection a gagné les sinus frontaux et les cellules ethmoïdales. La malade présente une céphalée permanente et il s'écoule du naso-pharynx une certaine quantité de pus. Peu à peu, il s'est produit une intoxication de l'état général. La malade est devenue asthénique et éprouve des douleurs musculaires multiples.

La médication phagogène est commencée par le Docteur Tagrine, le 8 octobre 1910. La malade reçoit 2 injections sous-cutanées par semaine, le mardi, de 2 centimètres cubes de liquide A, et le vendredi, de 2 centimètres cubes de liquide C.

Le traitement est terminé le 28 novembre, car la malade se trouve dans un état de guérison complet. La suppuration nasale a disparu. L'état général est devenu excellent.

#### **Furoncle du nasion. — Médication phagogène. — Amélioration immédiate.**

Mme H..., âgée de 30 ans, est soignée par le Docteur Blouise, 110, rue de Courcelles, pour un furoncle volumineux situé à la racine du nez. Ce furoncle a commencé

8 jours avant, et malgré les compresses humides et les lavages antiseptiques, il ne s'est produit aucune amélioration. L'inflammation a gagné et la malade présente de l'œdème des deux paupières. Le Docteur Brousse ordonne une injection sous-cutanée de 2 centimètres cubes de liquide phagogène (Mycolysine injectable). Il se produit 4 heures après, une amélioration notable des phénomènes subjectifs. Le lendemain soir, disparition complète de l'œdème. Deux jours après, le furoncle était complètement asséché.

**Lymphangite phlegmonense du genou. — Médication phagogène. — Guérison**  
3 jours après.

Mme D..., âgée de 29 ans, s'est infecté une plaie située dans la région rotulienne; 3 jours après il s'est produit un gonflement considérable dans toute la région avec un placard péri-rotulien de lymphangite réticulaire.

La médication phagogène est instituée par le Docteur Brousse, 140, rue de Courcelles, qui ordonne deux injections de 2 centimètres cubes de Mycolysine, à deux jours d'intervalle. 3 jours après, la lymphangite phlegmonense avait complètement disparu; et la malade reprenait ses occupations.

**Psychasthénie sénile. — Médication phagogène. — Guérison.**

Mme B..., 40 ans, rentière, est soignée par le Docteur Amieux, de Noisiel, pour des troubles neurasthéniques consécutifs à un deuil de famille. Depuis octobre 1909, la malade présente tous les symptômes de la psychasthénie et de la neurasthénie. Il lui semble avoir un casque sur la tête. Elle n'a plus d'appétit et se trouve constamment fatiguée. Elle présente une hypochondrie très marquée.

La médication phagogène de Doyen est commencée le 40 juillet 1910. La malade prend deux fois par jour 2 cuillères à bouche de Mycolysine buvable. Peu à peu, l'état général s'est amélioré. Les idées sont redevenues plus gaies. L'entrain est réapparu ainsi que le goût à la vie. Le 30 juillet 1910, la malade avait repris ses occupations habituelles.

**Naso-pharyngite. — Infection chronique des voies lacrymales. — Médication phagogène. — Guérison.**

M. A..., âgé de 35 ans, présente, depuis 2 ans, une rhino-pharyngite, qui peu à peu a infecté les voies lacrymales. Toutes les médications ont échoué.

La médication phagogène est entreprise par le Docteur Tagrine, le 15 octobre 1910. Le malade reçoit 2 injections sous-cutanées de 2 centimètres cubes de Mycolysine injectable par semaine. Après 12 injections, le catarrhe, qui avait diminué dès le début du traitement, disparaissait et le malade était considéré comme complètement guéri.

**Sinusite maxillaire droite chronique. — Médication phagogène. — Guérison.**

Mme de C..., âgée de 35 ans, à Asnières, est atteinte de sinusite maxillaire depuis le 3 janvier 1910. Elle présente une pyorrhée avec œdème de la région génienne. On constate par le procédé de la trans-illumination de l'opacité au niveau du sinus maxillaire droit. Cette sinusite est commencée à une carie dentaire trop tôt obturée par un dentiste. La malade vient consulter pour se faire opérer.

La médication phagogène est entreprise par le Docteur Tagrine, le 3 janvier 1910. La malade reçoit 3 fois par semaine une injection sous-cutanée de 2 centimètres cubes. Après 10 injections, on pouvait constater que tous les symptômes d'abcès sinusiens avaient complètement disparu. La malade, heureuse d'avoir été guérie sans opération,

faisait remarquer qu'en outre ce traitement avait fait disparaître un état neurasthénique très accentué.

### Ulcus simplex de Cravilhier. — Médication phagogène. — Guérison.

M. de C..., âgé de 42 ans, présente, depuis 3 ans, tous les signes d'un ulcère gastrique. Toutes les médications les plus variées ont été essayées sans succès. Le malade a beaucoup maigri. L'on réveille une douleur aiguë à la pression au niveau du creux épigastrique, et sur les conseils du docteur Mathieu, le malade veut se faire opérer.

La médication phagogène de Doyen est entreprise par le Docteur Tagrine, le 10 février 1910. Le malade reçoit pendant 6 semaines 2 injections sous-cutanées de 2 centimètres cubes de liquides phagogènes (Mycolysine injectable). Après 12 injections, les douleurs épigastriques avaient complètement disparu. Le malade n'éprouvait plus de pesanteur gastrique et il avait augmenté de 4 livres 150 grammes en 6 semaines.

### Ulcère rond de l'estomac. — Médication phagogène. — Guérison.

Mme P..., 36 ans, couturière, présente, depuis 2 ans, une affection gastrique dont les symptômes permettent de poser le diagnostic d'ulcère rond de l'estomac. La malade éprouve des crises gastriques très douloureuses et localisées à l'épigastre; elles s'irradient entre les deux omoplates dans le dos. Après le repas, elle a des vomissements qui la soulagent, et elle a présenté parfois du mélena. L'état général est très médiocre. Les crises douloureuses se répètent plus fréquemment depuis un mois et la malade a maigri de 3 kilogrammes.

La médication phagogène est entreprise par le Docteur Tagrine, le 21 octobre 1910. Deux fois par semaine, on fait à la malade une injection sous-cutanée de 2 centimètres cubes de Mycolysine injectable. 15 jours après le début du traitement, les phénomènes paraissent s'amender, la douleur disparaît et les digestions sont faites beaucoup plus facilement. Le mélena a complètement disparu. Le traitement est terminé fin décembre.

### Mammite kystique. — Médication phagogène. — Amélioration.

Mlle D..., âgée de 38 ans, remarque le 30 avril 1910, la présence d'une petite tumeur mobile au-dessus du mamelon, douloureuse à la pression. La peau est rouge et tendue. On ne constate pas la présence d'adénopathie.

La médication phagogène est commencée le 12 mai 1910, par le Docteur Tagrine. La malade reçoit deux fois par semaine des injections de liquides phagogènes. Sous l'influence du traitement, on constate une rétraction progressive de la tumeur et la disparition des phénomènes douloureux.

### Broncho-pneumonie chez un vieillard de 74 ans. — Médication phagogène. — Guérison.

M. R., âgé de 74 ans, est atteint depuis longtemps de bronchite chronique. Le 1<sup>er</sup> août 1910, le Docteur Albert Houllié, 2, rue Affre Paris, est appelé la nuit et constate une dyspnée violente avec tirage sus-sternal. A l'auscultation, l'on entend des râles diffus et des signes d'œdème aigu du poumon. Le médecin traitant considère le cas comme très grave et fait deux injections sous-cutanées de 2 centimètres cubes de Mycolysine injectable. Immédiatement, la dyspnée diminue et le malade qui était considéré comme perdu, s'améliore très vite. Une nouvelle injection est faite le lendemain. Le malade s'améliore encore et guérit rapidement. Le médecin traitant nous écrit : « En résumé,

nous étions en présence d'un état grave, avec hypothermie; le malade avait une dyspnée intense, des râles fins disséminés des deux côtés de la poitrine. Je crois pouvoir attribuer cette guérison rapide à la Mycolysine injectable.»

#### Arthrite du coude à staphylocoques chez un adolescent. — Médication phagogène. — Guérison.

Le jeune D..., âgé de 12 ans, vient nous consulter envoyé par son médecin traitant avec le diagnostic de luxation du coude. A la palpation, il est facile de se rendre compte qu'il existe une arthrite suppurée du coude. D'ailleurs la température est de 38° 5 et l'état général est profondément touché. L'enfant est très fatigué et il présente un faciès symptomatique d'une infection générale aiguë. Le coude est très douloureux, les mouvements sont impossibles. La médication phagogène est commencée le 8 décembre, à la dose de 4 centimètres cubes par 24 heures. Dès la première injection, il se produit une amélioration de l'état général et la température tombe à la normale. La tomodaction articulaire persiste. L'articulation est très douloureuse; aussi est-il nécessaire, le 10 décembre, de pratiquer l'arthrotomie.

Après une incision de 2 centimètres parallèle au bord externe de l'olécrane et intéressant tous les plans superficiels jusqu'à l'articulation, il est facile d'évacuer 2 à 3 cuillères à soupe d'un liquide séro-purulent. Au lieu de pratiquer une contre-ouverture interne et de drainer de part en part l'articulation, il est préférable de procéder à un pansement à plat et de continuer la médication phagogène. Celle-ci est pratiquée pendant les 6 jours qui suivent l'opération. Tous les jours, on faisait à l'enfant une injection sous-cutanée de 2 centimètres cubes de Mycolysine injectable. Peu à peu, les troubles fonctionnels disparaissaient. 3 semaines après, la guérison était complète et l'enfant se servait parfaitement de son coude.

### Affections pulmonaires tuberculeuses guéries par la méthode antituberculeuse de Doyen.

#### Tuberculose pulmonaire au 2° degré. — Amélioration.

Mlle G..., âgée de 27 ans, présente une affection tuberculeuse ayant débuté, il y a 7 ans. Jamais elle n'a eu d'hémoptysies. L'état général est très mauvais. La malade n'avait pas d'appétit et maigrissait beaucoup. La température, le soir, était de 38°. L'examen bactériologique avait révélé la présence d'une grande quantité de bacilles dans les crachats.

La médication antituberculeuse de Doyen est commencée le 1<sup>er</sup> septembre 1910. Le traitement dure 8 semaines. Après la médication, l'état général était singulièrement amélioré. La température était redevenue normale. L'expectoration avait notablement diminué. L'appétit est redevenu excellent et la malade, en 8 semaines, avait augmenté de 8 livres.

Docteur Lambert P..., *Primararzt des Landesspitals, Pola*

#### Tuberculose pulmonaire au 3° degré. — Amélioration.

Mme F..., âgée de 21 ans, est souffrante depuis 2 ans. La malade est très maigre et présente un état général mauvais. On constate une infiltration sur toute la hauteur du poulmon gauche et une fistule rectale persistante depuis 3 ans.

La médication antituberculeuse de Doyen est commencée fin septembre. La malade

se sent plus forte, l'appétit est devenu excellent. On constate une augmentation de 3 livres. L'expectoration a singulièrement diminué.

« D'après ces deux malades, nous écrit le médecin traitant, je suis convaincu de l'efficacité de la médication phagocyte antituberculeuse de Doyen ».

(Docteur Humbert P., — *Primerarzat des Landesapitals*, Pola).

**Tuberculose pulmonaire au 3<sup>e</sup> degré. — Médication antituberculeuse de Doyen. — Amélioration.**

M. S..., conducteur de tramways, présente des lésions pulmonaires tuberculeuses qui ont débuté, il y a un an. On constate au sommet droit une caverne et dans la fosse sous-scapulaire des râles humides. L'examen bactériologique des crachats révèle la présence de 14 bacilles de Koch par champ. L'expectoration est très abondante; elle est de 38 grammes par 24 heures.

La médication antituberculeuse de Doyen est commencée le 15 octobre 1910. Après 12 injections, on constate une diminution considérable de l'expectoration; l'appétit est devenu excellent et le malade a repris ses occupations.

(Docteur Luis Alzua, médecin de l'Hôpital Civil, — Saint-Sébastien, Espagne).

**Tuberculose pulmonaire au 2<sup>e</sup> degré. — Médication antituberculeuse de Doyen. — Amélioration.**

M. T..., âgé de 35 ans, chapelier à Pampelune, présente des lésions tuberculeuses aux poumons qui ont débuté en septembre. On constatait avant le commencement de la médication phagocyte des râles sous-crépittants des deux côtés particulièrement à droite. Le sommet gauche présente également des signes d'infiltration. L'expectoration est très abondante. L'examen bactériologique révèle la présence de 3 bacilles de Koch par champ. La médication phagocyte de Doyen est commencée le 20 octobre. Dès la 4<sup>e</sup> semaine, on constate que la toux a beaucoup diminué, l'expectoration est bien moindre. Après 12 injections, le malade avait augmenté de 10 livres et demi.

(Docteur Luis Alzua, médecin de l'Hôpital Civil, — Saint-Sébastien, Espagne).

**Tuberculose pulmonaire au 1<sup>er</sup> degré. — Amélioration.**

M. C..., 40 ans, employé de magasin à Saint-Sébastien, est malade depuis le mois de mai 1910. Il présente des râles crépittants au sommet gauche et au sommet droit. L'examen bactériologique des crachats a révélé la présence de 34 bacilles de Koch par champ. L'expectoration est de 44 grammes par 24 heures.

La médication antituberculeuse de Doyen est commencée fin novembre. Après 14 injections sous-cutanées, on constatait une diminution de la toux. L'expectoration était moins fréquente, et en 6 semaines le malade avait augmenté de 4 livres.

(Docteur Alzua, médecin de l'Hôpital Civil — Saint-Sébastien).

**Tuberculose pulmonaire au 2<sup>e</sup> degré. — Amélioration.**

M. X..., mineur, est soigné à l'hôpital Saint-Antoine de Saint-Sébastien pour des lésions tuberculeuses ayant débuté il y a un an. On constate au sommet droit et à la base des signes d'infiltration. Le malade a complètement perdu l'appétit. L'examen bactériologique révèle la présence de bacilles de Koch.

La médication antituberculeuse de Doyen est commencée le 13 octobre. Après 12 injections, l'expectoration avait diminué, le malade respirait avec plus de facilité. L'appétit s'était amélioré : en 4 semaines, il avait augmenté de 2 livres.

(Docteur Alzua, médecin de l'Hôpital Civil — Saint-Sébastien, Espagne).

### Tuberculose pulmonaire au 1<sup>er</sup> degré. — Médication phagogène. — Amélioration.

M. C..., âgé de 35 ans, est soigné par le Docteur Hazard, 8, rue Pasteurelle. La maladie a commencé en 1907. Avant le commencement du traitement, il persistait une expiration prolongée, des craquements secs au sommet droit en avant et en arrière, à gauche en arrière seulement. Il a présenté de fréquentes hémoptysies.

Le traitement antituberculeux de Doyen est commencé le 7 juillet 1910. Après 32 injections, le malade a repris son travail. Il est facile de constater que les craquements ont complètement disparu. La fièvre a disparu rapidement dès la dixième piqûre. Vers la quatorzième injection, les forces et l'appétit ont commencé à se manifester; les sueurs nocturnes avaient disparu ainsi que les hémoptysies à la fin du traitement. Le malade en 3 mois avait augmenté de 10 livres.

### Tuberculose pulmonaire au 2<sup>e</sup> degré. — Amélioration.

M. G..., âgé de 35 ans, est soigné par le Docteur Hazard, 8, rue Pasteurelle, pour des lésions tuberculeuses ayant débuté en 1905. On perçoit de la matité au sommet droit et surtout en arrière, des craquements secs à la moitié supérieure du poulmon, principalement dans la fosse sus-épineuse et en avant sous la clavicule. L'état général est très précaire. L'examen bactériologique a révélé la présence de bacilles de Koch dans les crachats. La médication phagogène de Doyen est commencée le 10 novembre 1910. Après 13 injections, on constate une augmentation du poids de 2 livres; les forces reviennent et une amélioration indéniable de tous les symptômes pulmonaires se manifestait.

### Tuberculose pulmonaire au 2<sup>e</sup> degré. — Amélioration.

M. C..., âgé de 19 ans, géomètre, est soigné par le Docteur Laurent, Noisy-le-Sec. L'affection a débuté en 1906. Le malade a eu des hémoptysies légères. La toux est fréquente. L'expectoration est très abondante. L'examen bactériologique a révélé la présence de bacilles de Koch. L'examen montre de la submatité, des craquements et des râles secs ainsi qu'une expiration très prolongée au niveau du sommet gauche en avant et en arrière.

La médication phagogène est commencée le 28 juillet 1910. Le médecin traitant nous écrit qu'après avoir fait 12 injections sous-cutanées à son malade, il a constaté une amélioration de l'état général, les craquements avaient diminué et il ne percevait plus que quelques râles.

### Tuberculose pulmonaire au 2<sup>e</sup> degré. — Amélioration.

M. D..., âgé de 37 ans, est soigné par le Docteur Millardé, à Avallon. La maladie a débuté en octobre 1903. Actuellement, on constate tous les signes d'une tuberculose pulmonaire au 2<sup>e</sup> degré. La toux est quinteuse et opiniâtre. L'expectoration est très abondante. Le malade pèse 49 kilogrammes. L'examen bactériologique des crachats a révélé la présence de bacilles de Koch et de nombreux autres microbes associés.

La médication phagogène est commencée le 15 août 1910. Le malade a reçu 24 injections sous-cutanées et a ingéré 3 flacons de Mycolysine. Son médecin traitant nous écrit : « Je constate une amélioration générale de l'appétit et une augmentation sensible des forces. »

### Tuberculose pulmonaire au 2<sup>e</sup> degré. — Amélioration.

M. L..., âgé de 34 ans, ouvrier menuisier, est soigné par le Docteur Brunel (Guines-

en-Calais). La maladie a débuté en juin 1909 par des poussées fébriles, puis la toux est survenue, la respiration saccadée s'est installée.

Àu début de janvier 1910, on constatait des lésions envahissantes au niveau des sommets des deux poumons, et on remarquait tous les signes d'une tuberculose au second degré. L'examen bactériologique des crachats a révélé la présence de bacilles de Koch.

La médication phagogène est commencée le 15 juillet 1910.

Le malade reçoit 24 injections sous-cutanées. Le médecin traitant nous écrit les conclusions suivantes : « L'appétit a augmenté d'une façon notable, l'état général est beaucoup meilleur, les lésions locales se sont singulièrement amendées, le malade a augmenté de 4 livres en deux mois. Je lui faisais régulièrement deux injections par semaine. »

#### Tuberculose pulmonaire au 2<sup>e</sup> degré. — Amélioration.

Mlle P..., âgée de 34 ans, est soignée par le Docteur Cadéras, à Guilvinec (Finistère). Elle est malade depuis 3 ans et elle présente actuellement les signes de tuberculose au 2<sup>e</sup> degré au niveau du poumon gauche avec quelques signes suspects au sommet droit. La médication phagogène est commencée le 14 août 1910. Après avoir administré 12 injections sous-cutanées et fait ingérer 12 flacons de Mycotysine, le médecin traitant nous écrit : « La malade se sent plus forte; elle respire mieux et dort mieux, elle a augmenté de 2 livres en 6 semaines. L'état local s'améliore aussi; les râles ont beaucoup diminué d'intensité. La malade, au cours du traitement, a accusé continuellement une sensation d'amélioration et de bien-être. Les piqûres n'ont déterminé aucune réaction locale ni générale. »

#### Tuberculose pulmonaire au 2<sup>e</sup> degré. — Orchy-épididymite tuberculeuse. — Amélioration.

M. M..., âgé de 22 ans, étudiant, est soigné par le Docteur Édouard Bessac, à rue du Collège, à Albé. Depuis le 2 août 1905, le malade présente des lésions pulmonaires au poumon droit et au testicule droit. Actuellement l'on constate au sommet droit des craquements, l'expectoration est abondante. L'examen bactériologique des crachats a révélé la présence de bacilles de Koch, de quelques streptocoques et de nombreux cocci, isolés et groupés 2 par 2. Le malade est très dyspnéique. Le testicule droit est très enflammé et une fistule testiculaire sécrète abondamment un liquide séro-sanguinolent.

La médication phagogène est commencée le 11 juillet 1910. Les injections sont fort bien supportées et ne déterminent aucune réaction locale ou générale. Le malade reçoit 22 injections sous-cutanées. Le médecin traitant nous donne alors les renseignements suivants : « L'écoulement testiculaire a complètement disparu, les râles du sommet droit sont moins forts et plus réduits et je constate une amélioration considérable de l'état général. Au cours du traitement, est survenue une grippe infectieuse qui n'a eu aucun caractère de gravité. »

#### Tuberculose pulmonaire au 2<sup>e</sup> degré. — Amélioration.

Mme G..., âgée de 30 ans, commerçante, est soignée par le Docteur Cadéras, à Guilvinec. Elle présente des signes de tuberculose pulmonaire qui ont dû commencer, il y a 3 ans. Elle présente avant le traitement, des râles disséminés dans les deux poumons, mais prédominants à gauche et au sommet droit. L'expectoration est abondante et la toux est intense.

La médication phagogène est commencée le 6 août. Après avoir administré 24 injections sous-cutanées, le médecin traitant nous écrit : « La malade se sent plus

forte; elle a augmenté de 4 livres en 2 mois. Elle respire mieux et l'expectoration est bien plus facile; les râles ont diminué d'intensité ».

#### Tuberculose pulmonaire au 2<sup>e</sup> degré. — Amélioration.

M. D..., Agé de 37 ans, employé de commerce, est soigné par le Docteur Vernière, 73, rue de la Glacière, Paris, pour de la tuberculose pulmonaire au 2<sup>e</sup> degré. L'affection a débuté pendant l'hiver 1901 par une pleurésie. Actuellement, on constate la présence d'une cavité au sommet du poumon gauche, des râles sous-crépittants dans tout le tiers supérieur du poumon droit. L'état général est très mauvais. Le malade a perdu complètement l'appétit. Il a des vomissements et une toux continuelle.

La médication phagocyne est commencée le 11 juillet 1910. Après avoir fait 10 injections, le médecin traitant nous écrit : « Sans l'influence de la médication phagocyne, la sensation de froid très pénible qui persistait depuis un mois a disparu, et cela dès les premières piqûres. Après la 3<sup>e</sup> injection, les vomissements cessent et l'appétit revient dans des proportions fantastiques. Cet appétit est même formidable. Le malade mange 12 croissants à son déjeuner. Les vomissements ont complètement disparu et le malade qui ne pouvait plus dormir, jouit maintenant d'un sommeil réparateur. Je tiens à vous faire remarquer que mon malade présente une fistule anale intolérable et, que depuis le traitement, les démangeaisons ont disparu.

#### Tuberculose pulmonaire au 2<sup>e</sup> degré. — Amélioration.

Mme E..., âgée de 24 ans, est soignée par le Docteur Simon de Saulieu (Côte-d'Or), pour des lésions de tuberculose à la période secondaire, localisées aux deux poumons. La maladie a débuté en février 1910. L'examen bactériologique a révélé la présence de bacilles de Koch.

La médication phagocyne est commencée, le 19 juillet 1910. La malade reçoit 12 injections, le médecin traitant nous écrit : « Dès le commencement du traitement, j'ai constaté une diminution des symptômes, et actuellement, il existe une amélioration notable de l'état général. Les sueurs nocturnes ont disparu et les signes locaux se sont atténués ».

#### Tuberculose pulmonaire au 2<sup>e</sup> degré. — Amélioration.

M. C..., âgé de 57 ans, est soigné par le Docteur Jaquet, de Fontenay-sous-Bois. La maladie a commencé en février 1908. Le malade présente avant le traitement des signes d'une tuberculose pulmonaire au 2<sup>e</sup> degré. Il a beaucoup maigri, la toux est fréquente, les sueurs abondantes, les lésions sont disséminées au poumon droit et au poumon gauche.

La médication phagocyne est commencée le 15 juillet 1910. Après 12 injections, le médecin traitant nous écrit : « Mon malade est moins déprimé, les sueurs ont disparu et l'appétit est meilleur, les lésions locales se sont atténuées ».

#### Tuberculose pulmonaire au 2<sup>e</sup> degré. — Amélioration.

Mlle V... Agée de 20 ans, est soignée par le Docteur Graaf, d'Eichternach. L'affection a commencé en juin 1910. L'on constate avant le traitement de la matité au sommet droit et une bronchite bacillaire sur toute la hauteur du poumon. L'état général est précaire. La malade pèse 48 kilogrammes. L'expectoration est abondante, l'examen bactériologique des crachats a révélé la présence de nombreux bacilles de Koch éparpillés et par groupes.



La médication phagogène est commencée le 23 juillet 1910.

La malade reçoit 18 injections sous-cutanées et ingère 5 flacons de Mycolysine.

Vnici quelles sont les conclusions que nous donne le médecin traitant : « Le poids de la malade a augmenté progressivement, dès le début du traitement, le 23 juillet, il était de 140 livres à peine; le 24 août, de 102 livres; le 10 septembre, de 104 livres et le 24 septembre, de 106 livres. Les injections ont été très bien supportées. L'examen microscopique fait régulièrement, montre le 9 août beaucoup moins de bacilles, mais ils sont toujours groupés. Fin août, ils semblaient avoir encore diminué, et dans l'examen fait au début de septembre, l'on constatait que les bacilles moins nombreux étaient en partie détruits et comme brisés en deux. En général, je tiens à vous faire remarquer que j'ai observé une amélioration et un effet très favorable sur la constitution de ma malade. »

#### **Tuberculose pulmonaire au 2<sup>e</sup> degré. — Amélioration.**

M. B., 19 ans, mécanicien, est soigné par le Docteur Belbèze, 35, avenue de la Gare, à Nevers. La maladie a débuté en 1909. Actuellement, on constate au niveau du poumon droit tous les signes d'une tuberculose au 2<sup>e</sup> degré très avancée. L'état général est très mauvais. Le malade a présenté une expectoration abondante, des sueurs profuses et un état fébrile très accentué depuis 5 mois.

La température atteint le soir 38°5. Au début de la médication phagogène, on note au sommet droit des lésions de tuberculose au 2<sup>e</sup> degré. Après avoir fait 9 injections sous-cutanées, le médecin traitant nous écrit : « Je vous fais remarquer que j'ai observé une augmentation de l'appétit; les injections ont été bien supportées. »

#### **Tuberculose pulmonaire au 2<sup>e</sup> degré. — Amélioration.**

M. M., âgé de 16 ans, est soigné par le Docteur Martin, à Tanninges. La maladie a débuté en janvier 1910, et actuellement, le malade présente une bronchite tuberculeuse généralisée avec localisation particulière au sommet gauche. On entend dans la fosse sus-épineuse des râles soufflants et sibilants avec quelques craquements très légers. L'expectoration n'est pas très abondante. Le malade a une toux sèche et quinteuse. Il est très oppressé.

La médication phagogène est commencée le 25 juillet 1910. Après la 13<sup>e</sup> piqûre, le médecin traitant nous écrit que le sommet gauche est complètement dégagé, les ronchus de la base ont complètement disparu, et l'on constate une augmentation légère du poids, l'appétit s'est amélioré, la toux a diminué et l'oppression est moindre.

#### **Tuberculose pulmonaire au 2<sup>e</sup> degré et laryngite. — Amélioration.**

M. H., 31 ans, domestique, est soigné par le Docteur Zerlant, à Ercueil. La maladie a débuté le 20 juin par une bronchite accompagnée de laryngite. Un médecin consulté à Paris a conseillé le séjour à la campagne; les lésions sont réparties dans les deux tiers du poumon droit. Le malade présente une toux quinteuse. Une expectoration de crachats fétides le fatigue beaucoup. Il a de l'inappétence, une tachycardie bien nette. Le pouls est à 100, et la nuit, des sueurs profuses le fatiguent au plus haut point.

La médication phagogène est commencée le 4 septembre 1910. Après la 12<sup>e</sup> piqûre, le médecin traitant nous écrit : « L'appétit s'est un peu relevé, les sueurs ont disparu, la fétidité des crachats a disparu également. Le pouls est resté stationnaire. Il reste encore un peu de tachycardie. La nuit a complètement disparu au niveau du poumon malade, les râles sous-crépittants paraissent moins nombreux, mais la laryngite persiste encore. »

**Tuberculose pulmonaire au 2<sup>e</sup> degré. — Amélioration. — Entérite tuberculeuse.**

Mme B... âgée de 25 ans, est soignée par le Docteur Branthomme, à Noailles. L'affection a débuté le 1<sup>er</sup> mai 1909 à la suite d'une fausse couche. La malade s'est trouvée très anémiée et a fait de l'infection tuberculeuse progressive. Avant le traitement, on constate une infiltration du poumon gauche. L'état général est très médiocre. Une diarrhée intense fatigue la malade.

La médication phagogène est commencée le 1<sup>er</sup> août 1910.

Le médecin traitant nous écrit : « Après la 20<sup>e</sup> piqûre, la malade présente une infiltration moins prononcée, dans tout le poumon gauche où les lésions étaient très marquées avant le début du traitement.

« Les réactions aux piqûres n'ont pas été douloureuses, la diarrhée a complètement disparu, la toux a diminué d'intensité et l'amélioration que j'observe m'encourage à continuer le traitement. »

---

# CLINIQUE VÉTÉRINAIRE

---

## Traitement des maladies infectieuses chez les animaux par la méthode phagogène de Doyen.

M. LAVIGNE, Vétérinaire  
Neuilly-sur-Seine.

---

### *Maladies du cheval.*

**Myosite généralisée. — Médication phagogène. — Guérison.**

Le comte de P..., rue de Longchamps, à Neuilly-sur-Seine, fait appeler M. Lavigne parce que son cheval est atteint de myosite généralisée ressemblant à de la fourbère. Les muscles des membres sont douloureux et l'animal est complètement incapable de se livrer à aucun exercice.

Le cheval reçoit une injection sous-cutanée de 50 centimètres cubes de Panphagine injectable. 8 jours après, il reprenait son travail, complètement guéri.

**Pneumonie d'écurie. — Médication phagogène. — Guérison.**

M D..., boulanger, à Courbevoie, fait demander M. Lavigne le 26 juillet pour soigner son cheval atteint de pneumonie infectieuse. La température est de 41°,2. L'animal est dyspnéique et présente des râles fins disséminés dans les deux poumons.

L'animal reçoit le jour même une injection sous-cutanée de 50 centimètres cubes de Panphagine injectable. Le lendemain, la température était de 40°,3. Le 30 juillet, le thermomètre marquait 38°,5. Le 1<sup>er</sup> août, l'animal était considéré comme complètement guéri; la fièvre était tombée. 3 jours après, il reprenait son travail.

**Pneumonie infectieuse. — Médication phagogène. — Guérison en 4 jours.**

Le 25 juin 1909, M. Lavigne est appelé par M. le comte de M... pour donner ses soins à un cheval atteint de pneumonie infectieuse. La maladie a commencé le 2, juin 1909. L'animal a complètement perdu l'appétit et il présente du jetage nasal. La respiration est très accélérée. La température est de 41°,3. Le cheval reçoit une injection de 45 centimètres cubes de Panphagine injectable. Le lendemain, la température était de 40°. Le 28 juin, c'est-à-dire 3 jours après le début de la maladie, elle était de 37°. L'animal présentait les symptômes d'une amélioration rapide et indéniable.

**Pneumonie infectieuse. — Médication phagogène. — Guérison.**

M. P., distillateur, avenue de Neuilly, fait appeler M. Lavigne le 10 décembre 1910 pour soigner sa jument qui est très gravement malade. La température est de 41°, 1. La respiration est soufflante. L'animal a complètement perdu l'appétit. Il est facile de constater tous les signes d'une pneumonie infectieuse. L'animal reçoit le jour même une injection sous-cutanée de 60 centimètres cubes de Panphagine. La température tombe le lendemain à 40° et elle persiste pendant encore 4 jours. Aussi le 15 décembre, l'animal reçoit une deuxième injection de 60 centimètres cubes. 2 jours après, la température, était tombée à la normale. Le 20 décembre, la jument pouvait être considérée comme complètement guérie.

**Pneumonie infectieuse. — Médication phagogène. — Guérison en 5 jours.**

Un cheval appartenant à Mme E., rue St-Dizier, à Paris, tombe malade le 2 août 1910 et présente tous les signes d'une pneumonie infectieuse. La température est de 41°, 2. M. Lavigne, appelé le jour même, pratique immédiatement une injection sous-cutanée de 50 centimètres cubes de Panphagine injectable. 2 jours après, la température était de 38°, 2, et 4 jours après le début du traitement, les signes physiques et fonctionnels avaient complètement disparu. La température, de plus, était devenue normale.

**Pneumonie infectieuse. — Médication phagogène. — Guérison après 6 jours de traitement.**

M. B., propriétaire, rue du Collège, à Paris, fait appeler le jeudi 24 février 1909, M. Lavigne pour soigner un de ses chevaux atteint de pneumonie grave, depuis la veille au soir. L'animal présente un jetage rouillé abondant. La conjonctive est sub-lotérique, le foie est hypertrophié, les urines sont bilieuses. L'animal présente une respiration très accélérée. Le 25 février, la température est de 40°, 6. L'animal reçoit une injection sous-cutanée de 50 centimètres cubes de sérum Doyen (Panphagine injectable). Le 1<sup>er</sup> mars, les symptômes généraux et locaux avaient sensiblement diminué et on pouvait considérer l'animal comme complètement guéri. 6 jours après le début du traitement par la méthode de Doyen, il reprenait son travail.

**Pneumonie infectieuse. — Médication phagogène. — Guérison après 5 jours de traitement.**

M. M., loueur de voitures, rue du Faubourg-St Honoré, fait appeler le 5 mars 1909 M. Lavigne pour soigner un de ses chevaux qui présente depuis la veille tous les signes d'une pneumonie double très accentuée. L'animal présente du jetage rouillé. La respiration est très accélérée. Le cheval paraît très abattu. La température est de 40°, 4. Le même jour, l'animal reçoit une injection sous-cutanée de 50 centimètres cubes de liquide phagogène. Le lendemain, la température est de 39°, 6. Le 10 mars, elle était de 38°, 6. Le 12 mars, elle était de 37°, 2. L'animal a recommencé à manger le 10 mars, c'est-à-dire 2 jours après la première injection. 5 jours après le début du traitement, on pouvait le considérer comme complètement guéri.

**Pneumonie gourmeuse. — Médication phagogène. — Guérison 5 jours après.**

Le 27 octobre 1910, M. Lavigne et M. Poret, Directeur de la Cavalerie, examinent un cheval de la Compagnie générale des omnibus (dépôt de Malakoff). Ce cheval est malade depuis 3 jours et présente une pneumonie en pleine évolution. On constate

du jetage renouillé. La conjonctive est sub-ictérique. La respiration est très accélérée. L'animal a complètement perdu l'appétit, et il est malade depuis 3 jours quand l'injection est faite, le 28 octobre, à 5 heures du soir. 5 jours après, la guérison était complète.

### *Maladies du chien.*

#### **Stomatite aphteuse. — Médication phagogène. — Guérison.**

M. C..., boulevard du Parc, Neuilly, fait appeler M. Lavigne pour soigner son chien malade depuis 24 heures. L'animal présente des lésions de stomatite aphteuse très étendues. L'haleine est d'une fétidité caractéristique. L'animal a complètement perdu l'appétit. Le 30 avril, le 22 et le 24, on lui fait une injection de 5 centimètres cubes de Panphagine injectable. Le 25 avril, il était complètement guéri.

#### **Convulsions. — Maladie du jeune âge. — Médication phagogène. — Guérison.**

M. B..., rue Garnier, Neuilly-sur-Seine, fait appeler M. Lavigne pour donner ses soins à un jeune chien malade depuis le 30 janvier 1910. L'animal a malgré progressivement et a complètement perdu l'appétit; il ne peut plus se livrer à aucun exercice. Le chien présente en outre une diarrhée opialâtre et a perdu une grande partie de ses poils.

On donne à l'animal 6 cuillères à bouche de Panphagine buvable par 24 heures. En 12 jours, l'animal était considéré comme guéri.

#### **Paralysie infectieuse. — Médication phagogène. — Guérison en 4 jours.**

M. B..., rue Garnier, à Neuilly, fait venir, le 18 février 1910, M. Lavigne pour soigner son jeune caniche de 4 ans qui présente des troubles paralytiques consécutifs à des accidents digestifs. L'animal reste couché.

La médication phagogène est commencée le 18 février. L'animal prend 4 fois par jour 2 cuillères à bouche de Panphagine buvable. 4 jours après il était complètement rétabli.

#### **Entérite aiguë. — Médication phagogène. — Guérison.**

M. G..., rue Saint-Pierre, à Neuilly-sur-Seine, vient consulter M. Lavigne, vétérinaire, pour son chien qui est atteint d'entérite chronique depuis 15 jours. Tous les médicaments habituels ont échoué. L'animal présente une diarrhée tenace et a beaucoup maigri. M. Lavigne prescrit la Panphagine buvable à la dose de 2 cuillères à café, toutes les 3 heures. 10 jours après le début du traitement, les troubles intestinaux disparaissent et l'animal semblait complètement guéri.

### *Maladies de la chèvre.*

#### **Broncho-pneumonitis aiguë. — Médication phagogène. — Guérison.**

Le 5 juin 1910, le propriétaire de la ferme Saint-James, à Putaux, fait venir M. Lavigne pour soigner une des meilleures laitières de son troupeau de chèvres qui, depuis 24 heures, présente une infection bronchopulmonaire grave. La température est très élevée. On entend à l'auscultation des râles à grosses bulles disséminés des deux côtés du poulmon. L'animal reçoit le même jour une injection sous-cutanée de 20 centimètres cubes

de Panphagiae injectable. Le lendemain, la température était tombée, et 3 jours après, on pouvait considérer la chèvre comme complètement guérie.

### *Maladies du perroquet.*

**Pneumonie chez un perroquet. — Médication phagogène. — Guérison.**

M. H..., rue de Ponthieu, à Paris, fait appeler M. Lavigne, le 22 mars 1910, parce que depuis quelques heures son perroquet présente des troubles dyspnéiques inquiétants. L'oiseau est couché dans sa cage. Il ne peut se tenir sur son perchoir. Depuis 6 jours, il ne s'alimentait plus. L'oiseau paraît très gêné pour respirer et il présente des symptômes de suffocation très accentués. Immédiatement, M. Lavigne lui fait ingérer avec un chalumeau de paille une cuillère à café de Panphagiae buvable et répète cela 3 fois de suite. 10 minutes après, les troubles dyspnéiques disparaissent; le soir même, le perroquet s'était mis à manger; il avait recommencé à parler et à se tenir sur son perchoir.

# THÉRAPEUTIQUE

---

## Thérapeutique des maladies infectieuses par les colloïdes phagogènes.

Nous publierons chaque mois sous ce titre dans un tableau comparatif :

1° Le traitement des maladies infectieuses, tel qu'il est déterminé dans les livres classiques et dans les publications récentes.

2° Le traitement des mêmes affections par la méthode phagogène de Doyen.

---

### *Grippe épidémique.*

La grippe épidémique, ou influenza, est une maladie infectieuse produite par le bacille de Pfeiffer. Parmi les symptômes prédominants, nous noterons la réaction fébrile, parfois très accentuée, la céphalalgie, la sensibilité du globe oculaire, la courbature, la rachialgie, la congestion des voies respiratoires, les troubles gastro-intestinaux. Les localisations grippales : coryza, angines, bronchites, broncho-pneumonie, pneumonie, bronchite capillaire, sont toujours caractérisées par la présence du pneumocoque, du staphylocoque et souvent du streptocoque.

### Traité classiques consultés :

1° *Manuel de Pathologie interne*, G. Dénolafoy 1908, tome IV, page 292.

2° *Aide-mémoire de thérapeutique*, G. Debove, G. Pouchet, A. Sallard. Edition 1910, page 337.

3° *Traité de thérapeutique*, Robin. Fascicule V : *Traitement de la grippe* par le Dr Tessler, de Lyon.

4° *Clinique thérapeutique des Praticiens*, Huchard et Fiessinger. Maloine, 1908.

---

Traitement des maladies infectieuses par la Mycolysine. *L'Immunité* (en six leçons), par E. Doyen. (Maloine, éditeur).

## I. — Traitement Préventif.

## TRAITEMENTS CLASSIQUES

HUGHARD ET FIESSINGER. — *Thérapeutique des Praticiens*, 1908.

« Il semble très réellement que les gargarismes préventifs, aient pouvoir d'empêcher l'invasion de la grippe. Pour éviter l'infection des fosses nasales, on respirera à pleines narines de l'eau de Cologne, l'odeur, non le liquide, dans un flacon non bouché ».

DEBOVE, L'OCCHET ET SALLARD. — *Aide-Mémoire de Thérapeutique*, 1910, page 357.

« Le traitement préventif consiste dans l'observation d'une bonne hygiène et dans l'antisepsie des muqueuses ».

AL. ROBIN. — *Traité de thérapeutique appliquée*. — Fascicule V. — TRUSSARD, de Lyon. — *Traitement de la grippe*.

« Isolation des malades, désinfection de la bouche et du nez ».

## TRAITEMENT PAR LA MÉTHODE PHAGOGÈNE DE DOYEN

« Absorber chaque jour, matin et soir, 50 grammes de Mycolysine buvable ».

## II. — Traitement Abortif.

## TRAITEMENTS CLASSIQUES

HUGHARD ET FIESSINGER, *Ibidem*.

« Contre le coryza la respiration d'alcool mentholé, les pommades antiseptiques, etc.

*Traité de thérapeutique appliquée*, de A. Robin.  
Salutaire précoce.

## TRAITEMENT PAR LA MÉTHODE PHAGOGÈNE DE DOYEN

« L'infection sera enrayée si l'on absorbe dès l'apparition des premiers symptômes 50 grammes de Mycolysine.

« Cette dose sera répétée 3 à 4 fois dans les 24 heures ».

## III. — Traitement de la Grippe Confirmée

## TRAITEMENTS CLASSIQUES

THÉRAPEUTIQUE DE PROFESSEUR HUELLAFOY.

*Manuel de Pathologie interne*, 1908, tome IV, page 292.

« Il n'est pas possible de formuler un traitement pour une maladie dont les allures sont si différentes et les aspects si divers. Aux accidents inflammatoires on opposera les antiphlogistiques, aux accidents nerveux les anti-spasmodiques, à la forme bilieuse la médication vomitive. La grippe légère sera traitée comme la bronchite.

## TRAITEMENT PAR LA MÉTHODE PHAGOGÈNE DE DOYEN.

« Si la maladie est déjà déclarée et compliquée d'une infection broncho-pulmonaire, on absorbera 50 grammes de Mycolysine, et on répètera cette dose 4 ou 5 fois chaque jour. Chez l'enfant, 10, 20 ou 30 grammes par dose, suivant l'âge. Diète d'aliments solides, infusions chaudes, grèges, champagnes ».

DEBOVE, L'OCCHET, SALLARD. — *Aide-mémoire de thérapeutique*, 1910, page 357.

« Aucune médication spécifique n'est encore oppo-



sable à la grippe, à peine peut-on instituer contre elle un traitement général visant la fièvre, la courbature et l'état infectieux. On se borne le plus souvent à combattre les symptômes prédominants ».

RICHARD ET FIESSINGER. — *Officine thérapeutique des Praticiens*.

« Cachets de quinine, salicyrine, pyramidon, diète, tisanes; contre la bronchite, l'acouït et la codéine.

#### IV. — Traitement des complications cardio-pulmonaires graves.

##### TRAITEMENTS CLASSIQUES.

DEBOTE, POUCHET, SALLARD. — *Aide-Mémoire de Thérapeutique*.

« Contre la toux : Aconit, drosera, bromoforme opium, codéine, nartyle, diomine. Pour activer l'expectoration : bronchale de soude, terpine, thiocolla. Comme révulsifs : Sinapisation, ventouses, compresses froides ou hémoïdate chaude.

« Comme cardio-toniques : la strychnine, l'ergot, la caféine, l'hydrastinine, l'éther, l'huile camphrée.

« Contre l'adynamie : la digitaline.

« Contre les complications cardiaques : spartéine, strophanth, théobromine, sans oublier la saignée et les lavements :

« Saignée et purge ».

##### TRAITEMENT PAR LA MÉTHODE PHAGOGÈNE DE DOYEN.

« Mycolysine horable 4 ou 5 doses de 50 grammes chaque jour. Injecter le premier jour 10, 15 ou 20 centimètres cubes de Mycolysine injectable sous la peau de la région fémorale externe ou fessière.

« En cas d'asphyxie commençante, faire une injection intraveineuse de Mycolysine à la dose de 10, 20 ou 30 centimètres cubes, suivant la gravité du cas.

« Le tube injectable doit porter la mention : « Pour injection intraveineuse ».

Albert ROUS. — *Traité de thérapeutique*, 1896. Article du Professeur Teissier.

« Quinine; chlorhydrate d'ammoniaque, phénacétine salicylate de soude, salicyrine, antimérine, acouït, gelsenium, cannabé indica, phénocolla. Poudre de Dover, codéine, sirop d'éther, bromures, cataplasmes sinapisés. La grippe, dit le Professeur Teissier « *ferme le rois et rend l'intestin plus perméable* ». Il conseille les boissons acidulées gazeuses : la limonade, les orangeades, la citronnade, les tisanes diurétiques — eau aral, queues de cerise coupés d'eau d'Evian, de Vittel ou de Capvern — Lavements d'eau froide pure ou glycerinée — Laxatifs, magnésie, rhubarbe, etc. »

« Contre les complications pulmonaires : boissons adoucissantes, lait d'aneux, tisane hechnique, expectorants, oxyde d'antimoine, balsamiques, terpine, opiacées, éther. — Contre les complications intestinales : les cholagogues, les amers, le naphтол, le bétol, le salol. — Contre les complications nerveuses : les valérianes, les bromures, le sulfonal. — Contre la dépression : alcool, éther, quinquina, la kola.

« Contre les accidents cérébraux : La glace sur la nuque, les vésicatoires ».

Nous sommes obligés de nous arrêter dans cette énumération qui continue pendant plusieurs pages.

V. — *Traitement des complications secondaires.*

## TRAITEMENTS CLASSIQUES.

Albert ROUX. — *Traité de Thérapeutique, 1896.*

Pour les complications secondaires idées, sinusites, adénites, etc...

Salophène, santonine, les bromures, les valérianes, le trianal, le véronal, le bromidia, le citrophène, l'alcool, le café, l'éther, le sac de glace, l'électrothérapie.

Pour les voies digestives : Eau oxygénée, gargarismes salicylés, vaseline iodoformée kéfir, persulfate de soude, purgatifs salins, calomel bismuth, craie, hœpogan, limonade lactique, sérum artificiel.

TRAITEMENT PAR LA MÉTHODE  
PHAGOGÈNE DE DOYEN.

« Continuer la Mycolysine buvable et injecter tous les 2 ou 3 jours, 5 à 10 centimètres cubes de Mycolysine injectable. Les otites, les sinusites, et les adénites traitées à temps guérissent en quelques jours sous l'influence de ce traitement. L'intervention chirurgicale sera pratiquée s'il persiste une localisation purulente rebelle. L'action des colloïdes phagocènes en cas d'opération provoquera une cicatrisation rapide ».

Nous prions nos lecteurs d'expérimenter les deux thérapeutiques et de nous adresser leurs observations ainsi que leur appréciation comparatives.

## ACTUALITÉS

---

### Laboratoires du Docteur Doyen.

---

#### SERVICE DE PHOTOGRAPHIE

M. Doyen a présenté à l'Académie des Sciences (séance du 17 janvier) et à l'Académie de Médecine (séance du 18 janvier) des épreuves de photographies autochromes obtenues sur plaques Lumière et représentant des opérations chirurgicales.

Le côté original de ces photographies, c'est qu'elles ont été obtenues en plein jour, avec un éclair de magnésium.

Comme il est nécessaire d'employer deux écrans différents pour la lumière du jour et pour la lumière de magnésium, M. Doyen a prié M. Gervais-Courtellement de construire un obturateur spécial, qui permet de ne découvrir l'objectif qu'au moment précis de l'éclair de magnésium et d'imaginer un diffuseur spécial permettant l'évacuation rapide de la fumée.

Il est évident aujourd'hui que l'enseignement de la technique opératoire ne peut se faire sans les photographies en couleur. Or, on ne peut presque jamais les obtenir, parce que la lumière du jour est insuffisante et qu'il faut faire des clichés instantanés.

L'innovation du Docteur Doyen fait faire à la photographie autochrome un progrès énorme parce que, grâce au dispositif qu'il a imaginé, on pourra maintenant faire des photographies autochromes instantanées d'opérations chirurgicales.

#### SERVICE DE RADIOGRAPHIE

##### *Le plus puissant commutateur tournant.*

Nous ne nous proposons pas de décrire le commutateur haute tension de type normal; ce dernier fait passer de 30 à 40 milliampères dans des tubes durs et se signale par sa simplicité et son faible encombrement. Nous en donnerons plus

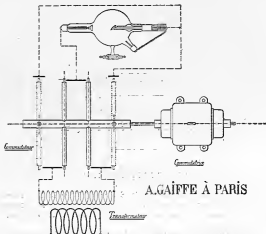


Fig. 22. — Schéma indiquant les modes de connexion de la nouvelle installation radiographique du Docteur Doyen.

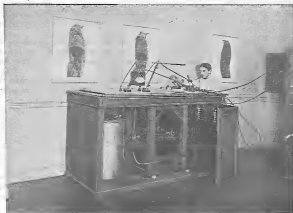


Fig. 23. — Photographie du meuble renfermant la-commutatrice, le commutateur et le transformateur.

tard une description précise; et à l'heure actuelle, cette installation est assez répandue pour que nous puissions la considérer comme presque banale.

Nous voulons parler d'une installation à peu près unique, étant données les conditions spéciales qui ont pu être réalisées.

M. le Docteur Doyen nous avait assuré qu'il mettrait à notre disposition toute la puissance électrique désirable. Il fit donc amener une ligne capable de fournir

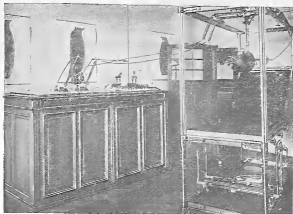


Fig. 24. — Photographie d'ensemble de l'installation complète de radiographie du Docteur Doyen.

en régime normal une puissance de 25 kilowatts: 440 volts alternatifs et 220 ampères.

Grâce à ces conditions favorables, nous avons pu réaliser utilement un commutateur tournant spécial, capable de faire traverser les ampoules à rayons X par l'intensité énorme de 130 milli-ampères.

Depuis trois mois déjà, cette installation fonctionne; elle a fait environ 300 radiographies. Il nous est donc possible de donner maintenant des résultats certains au bout d'un fonctionnement prolongé.

Toutes les radiographies, même les plus difficiles, sont faites en une fermeture de courant.

Nulle part ailleurs, ce résultat n'a pu être encore obtenu contrairement.

La figure 23 donne une idée exacte de cette installation qui, aux proportions près, est semblable aux commutateurs tournants ordinaires.

Elle se compose d'un meuble contenant tout l'appareillage haute tension, d'un

paravent portant les appareils de commande et de réglage et protégeant l'opérateur contre les rayons X.

La table radiologique et le radiophotoscope de M. le Docteur Belot complètent l'ensemble.

Le meuble en chêne porte sur le dessus un panneau de marbre commandant

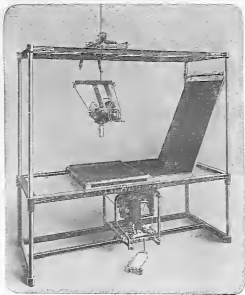


Fig. 35. — Table radiologique du Docteur Belot.

le circuit basse tension et une opaline portant les sorties haute tension avec le milli-ampèremètre du tube et le spintermètre.

À l'intérieur, se trouvent le transformateur et le commutateur tournant entraîné par son moteur synchrone.

Le commutateur est du modèle représenté sur le schéma ci-contre; il est constitué par 4 bras qui viennent court-circuiter au moment voulu les secteurs auxquels aboutissent d'une part le transformateur et d'autre part le tube.

Le transformateur est naturellement la partie la plus intéressante de l'ensemble.

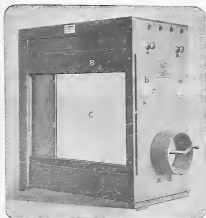


Fig. 26 — Radiophotoscope.



Fig. 27. — Cliché radiophotographique de la région lombo-iliaque. Intensité : 125 milliampères : Durée d'exposition 1/20 de seconde. Distance de l'anticathode de la plaque : 60 cm; on reconnaît facilement le colon ascendant rempli de gaz avec sa bandelette et ses bosselures caractéristiques.

L'isolant adopté par la maison Gaiffe depuis quelques années pour la fabrication des bobines d'induction a permis de le réaliser sous un encombrement très faible et avec un excellent rendement.

Il peut sans danger pour des à-coups prendre sur le secteur d'alimentation jusqu'à 110 volts 200 ampères.

Sur les tubes de dureté appropriée aux usages radiographiques, le secondaire débite 150 milli-ampères environ.

Cette intensité est trop considérable d'ailleurs pour les radiographies de thorax

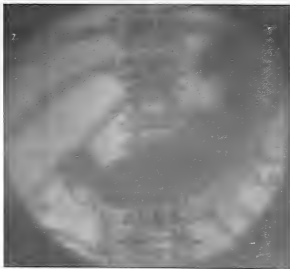


Fig. 24. — Cliché radiophotographique de la région gastrique. (Intensité : 60 milli-ampères; durée d'exposition : 1/30 de seconde) — Distance de l'ostéosthède à la plaque : 65 c/m. Malade dyspeptique ayant ingéré du bismuth. On reconnaît facilement l'estomac, la stenose du pylore et la première portion du duodénum.

ou de membres, qu'il est possible de faire en une fermeture de courant sans écran renforceur.

Dans le but de ne pas fatiguer inutilement les tubes, on utilise couramment un écran renforceur « Gebler Folie » qui a donné d'excellents résultats, tant au point de vue de la finesse que de la rapidité d'exposition. On obtient ainsi de belles épreuves en 1/10<sup>e</sup> de seconde.



Cette rapidité est d'ailleurs la plus grande qu'il est possible d'obtenir, si l'on commande à la main la fermeture et l'ouverture du courant; elle est limitée à cette valeur par l'inertie des pièces à mouvoir et par l'allongement dû à l'extra courant de rupture.

Pour arriver à des temps d'exposition plus rapides, ce qui est intéressant pour des radiographies de membres ou de thorax, il faut avoir recours à des interrupteurs spéciaux. Nous décrirons prochainement la solution que nous avons donnée à cet intéressant problème.

Nous indiquerons également à ce moment les particularités de notre mesureur de temps qui permet, en dehors de tout procédé photographique, d'apprécier, au 1/100<sup>e</sup> de seconde près, la durée de la pose par la simple lecture d'un diagramme.

Nous dirons, au sujet des tubes employés, que 4 tubes ont servi jusqu'à présent pour ces 300 radiographies, deux tubes Gundelach, un tube Burger et un tube Guilloz.

Ces quatre tubes ont donné satisfaction; ils ne sont pas, à l'heure actuelle, complètement hors de service, mais ils sont simplement devenus très durs et présentent à l'intérieur du verre de l'ampoule une pulvérisation produite par l'anticathode, pulvérisation d'ailleurs tout à fait différente de celle observée dans le cas d'ondes de sens inverse. Cette pulvérisation est localisée en face de l'anticathode et elle a pour seul résultat de rendre à la longue l'état de vide de ces tubes un peu instable.

## Résultats éloignés de la Vaccination antinéoplasique et de l'électro-coagulation

PRÉSENTATION DE MALADES, LE 6 OCTOBRE 1910, PAR M. DOYEN,

à MM. les Membres du Congrès de Chirurgie.

MESSEIEURS,

J'ai l'honneur de vous présenter, comme je le fais tous les ans à l'occasion du Congrès de Chirurgie, un certain nombre de malades atteints d'affections cancéreuses et traités par ma méthode. Vous retrouverez parmi ces malades des cas que vous avez suivis depuis plusieurs années; leur survie démontre la valeur de mon procédé de vaccination antinéoplasique comme traitement général du cancer.

La vaccination antinéoplasique, qui est très efficace dans certains cancers profonds, est moins active dans les cancers superficiels, particulièrement dans l'épithélioma pavimenteux lobulé de la peau et dans l'épithélioma tubulé du col de l'utérus. J'ai inauguré pour ces lésions superficielles, en août 1907, une nouvelle technique: la destruction de la virulence des cellules cancéreuses par la chaleur pénétrante, à une température supérieure à 55°. Après avoir étudié plusieurs dispositifs sur lesquels je ne reviendrai pas aujourd'hui, j'ai fait cons-

treindre par la maison Gaiffe un appareil à courant alternatif de très haute fréquence et de basse tension, dont les longueurs d'onde sont d'environ 100 mètres (3 millions de fréquence à la minute) et dont l'intensité, mesurée par un ampèremètre thermique intercalé dans le circuit, dépasse 25 ampères.

Cet appareil, d'une puissance encore inutilisée jusqu'ici en thérapeutique, produit dans les tissus, soit par le contact direct de l'électrode, soit par l'intermédiaire d'une couche d'eau salée, un échauffement pénétrant et d'une intensité considérable qui les stérilise. La température atteint 90 ou 100° au contact de l'électrode, au voisinage de laquelle se produisent des étincelles lorsque le contact n'est pas parfait. Les étincelles jaillissent également dès que les tissus se dessèchent. La température décroît à mesure que l'on s'éloigne de la surface; elle atteint le chiffre nécessaire de 55° jusqu'à 6 ou 8 centimètres de profondeur. Je vous présenterai un certain nombre de cas traités par cette méthode.

Je vais vous présenter en premier lieu un certain nombre de malades traités par la vaccination anticancéreuse.

## 1<sup>er</sup> Malades traités par la vaccination antinéoplasique.

### *Observation n° 1.*

Cancer du testicule. — Traitement le 20 février 1901. (Observation n° 71 du volume *Le Cancer*, 1909, p. 343; n° 59 du volume : *Étiologie et Traitement du Cancer*, 1904; n° 23 du rapport de la Société de Chirurgie, 1905).

M. B..., alors âgé de 37 ans, a subi, du 1<sup>er</sup> mai au 15 juillet 1900, trois interventions successives pour cancer du testicule. A la fin de décembre, nouvelle récurrence du volume d'une tête, envahissant le canal inguinal et pénétrant dans la profondeur. Le cas paraît sans espoir. Opération le 2 janvier 1901, sur les instances du Docteur Tapret.

La plaie était énorme; elle put être cependant comblée par un glissement cutané.

Le 18 février, ablation d'un noyau de récurrence, de la grosseur d'une noix, dans la cicatrice. Vaccination antinéoplasique à partir du 23 février. Injections de toxines et de cultures de micrococci neoformans, tuées par la chaleur. Cicatrisation. Pas de récurrence.

Ce cas est d'un intérêt très particulier : M. B... est le premier malade traité par ma méthode. Il était considéré comme perdu à brève échéance en décembre 1900, car il avait présenté 5 récurrences subintrantes de cancer testiculaire. Il est en excellent état et peut être considéré comme guéri.

Ce cas remonte à près de dix ans.

### *Observation n° 1 bis.*

Cancer de l'estomac. — Traitement le 27 juin 1902. (Observation n° 1 du volume de 1909, p. 249; n° 62 du volume de 1904).

Ce malade était depuis longtemps considéré comme guéri d'un cancer de l'estomac adhérent au foie, devenu fistuleux en 1902, et qui s'était compliqué d'un cancer

en enfoncement de la paroi abdominale. Il a succombé, il y a quelques mois, à une lésion cardiaque très ancienne, pour laquelle il recevait des soins incessants. La mort de ce malade étant due à une affection autre que le cancer, son observation demeure au nombre des plus démonstratives.

*Observation n° 2.*

**Lymphosarcome de l'amygdale.** — Traitement le 10 décembre 1902. (Observation n° 74 du volume de 1909, p. 365; n° 53 du volume de 1904).

Mme G..., alors âgée de 48 ans, a été opérée en 1902 d'un lymphosarcome de l'amygdale gauche commençant à envahir les piliers du voile du palais et compliqué d'une adénopathie carotidienne volumineuse.

Opération par la voie rétro-maxillaire. Presque aussitôt l'opération, la région devint indurée, œdémateuse et présenta l'aspect d'une récidive rapide.

Traitement antineoplasique. L'induration disparut en quelques jours.

L'examen histologique démontre qu'il s'agissait d'un lymphosarcome malin à petites cellules, ayant envahies ganglions.

Pas de récidive.

*Observation n° 3.*

**Cancer de l'utérus.** — Traitement le 26 février 1903. (Observation n° 10 du volume de 1909, page 380; n° 67 du volume de 1904).

Mme L..., 38 ans, a été opérée le 20 janvier 1903 d'amputation sus-vaginale du col pour épithélioma.

Le 20 février, la cicatrisation s'était arrêtée et il existe un empatement péri-utérin suspect.

Ablation vaginale de l'utérus le 26 février 1903. Vaccination antineoplasique. Pas de récidive.

*Observation n° 4.*

**Cancer de l'estomac.** — Traitement le 22 septembre 1903. (Observation n° 2 du volume de 1909, page 224; n° 72 du volume de 1904).

Mme B..., actuellement âgée de 51 ans, est arrivée à la clinique en septembre 1903 pour sténose cancéreuse du pylore. Elle m'était adressée par le Docteur Piédecoq. La tumeur, du volume d'une orange, était assez mobile. L'opération eut lieu le 22 septembre 1903. Le cancer, localisé au pylore, fut extirpé avec les ganglions voisins, par mon procédé habituel : fermeture de l'estomac et du duodénum en cordon de bourse et gastro-entérostomie postérieure. Il avait été impossible d'extirper les ganglions profonds. Le traitement antineoplasique fut immédiatement institué.

La malade quitta la clinique le 16 octobre 1903, vingt-deux jours après l'opération. Elle était encore très faible et rentra chez elle, où elle demeura sous la surveillance du docteur Piédecoq. L'état général s'améliora rapidement. Je la revis le 15 janvier 1904. Elle se trouvait aussi bien que possible et s'alimentait bien.

Le traitement antineoplasique a été continué, avec plusieurs périodes de repos. Actuellement, cette malade présente toutes les apparences de la santé. Il n'y a aucune trace d'induration au-dessous de la cicatrice.

Ce cas est très intéressant, parce que l'opération a été manifestement incomplète et que des ganglions cancéreux ont été laissés du côté du hile du foie.

*Observation n° 5.*

**Épithélioma de la joue.** — Traitement le 8 décembre 1903. (Observation n° 61 du volume de 1909, page 247; n° 78 du volume de 1904; n° 4 du rapport de la Société de Chirurgie).

M. M..., alors âgé de 53 ans, fut traité en décembre 1903 pour une récédive cutanée d'un épithélioma de la joue, opéré le 24 octobre.

Le 8 décembre 1903, il y avait trois noyaux de récédive, dont le moyen, adhérent au périoste de l'os malaire, présentait une petite ulcération. Cet état a été constaté par le docteur Durier, qui avait fait l'examen histologique de la tumeur. Il existait de chaque côté, notamment à droite, un ganglion sous-maxillaire du volume d'un haricot; au milieu, un ganglion sus-hyoïdien du volume d'une petite noisette, entouré d'une zone d'induration.

Vaccination. — Disparition rapide des noyaux suspects et des ganglions.  
Pas de récédive.

Ce cas est très remarquable, les noyaux de récédive et les ganglions ayant disparu sous la seule influence du vaccin.

*Observation n° 6.*

**Cancer de l'estomac.** — Traitement le 3 janvier 1904. (Observation n° 3 du volume de 1909, page 253; n° 128 du volume de 1904).

Mme F..., actuellement âgée de 51 ans, est venue à la clinique vers le 10 janvier 1904. Elle présentait depuis de longues années les symptômes d'un ulcère de l'estomac. La cachexie s'était produite dans les derniers mois.

Elle vomissait et portait à l'épigastre une tumeur assez volumineuse. L'opération eut lieu le 15 janvier. Le cancer, très étendu, commençait à quatre centimètres du pylore et occupait toute la petite courbure de l'estomac. La tumeur envahissait l'épiploon gastro-hépatique et adhérait au foie. Il n'y avait donc pas à songer à une opération radicale. Le pylore n'était pas encore envahi, mais il était presque fermé par une induration consécutive à une ancienne contracture spasmodique, comme je l'ai signalé dans certains cas d'ulcère, compliqué d'hyperchlorhydrie.

Ce cancer s'était manifestement développé à la surface d'un ulcère très ancien. La malade était très faible. Je fis une gastro-entérostomie. Le traitement antineoplasique fut commencé le 22 janvier.

Un mois de novembre suivant, l'état général était devenu très satisfaisant et la tumeur paraissait mobile. En présence de ce résultat de vaccination antineoplasique, je décidai de tenter l'extirpation de la tumeur. Une nouvelle laparotomie fut pratiquée le 3 novembre 1904. La tumeur, en effet, était devenue mobile et se trouvait sensiblement diminuée de volume; mais elle présentait de telles connexions avec l'épiploon gastro-hépatique, qu'une extirpation large était matériellement impossible. Le ventre fut refermé.

Cette malade est actuellement en parfaite santé. La régression de la tumeur a continué et aucun des médecins qui l'ont examinée depuis deux ans, n'a pu en retrouver trace.

*Observation n° 7.*

**Cancer de la langue.** — Traitement en février 1904. (Observation n° 24 du volume de 1909, page 288.)

M. E., âgé de 55 ans, se présente à la consultation en février 1904. Il est atteint de leucoplasie buccale; je constate une ulcération épithéliale plus grande qu'une pièce de cinquante centimes à la partie moyenne du bord droit de la langue, et une autre, un peu plus petite, à la partie dorsale, vers la pointe. Il y a entre les deux une lésion papillaire, également épithéliomatense, du diamètre d'une pièce de cinquante centimes.

Je reconnais au palper un gros ganglion sous-maxillaire droit, encore mobile.

On a employé les rayons X sans résultat.

Traitement antinéoplasique. Diminution notable du ganglion. Les ulcérations linguales se modifient à peine. Opération le 15 avril 1905.

On continue le vaccin. En novembre 1905, ablation d'un point douloureux à la partie moyenne de la langue et de la cicatrice sous-maxillaire, au milieu de laquelle se trouve un fil. Continuation du traitement par injections.

Pas de récidive.

Ce malade a cessé le traitement depuis plusieurs années.

*Observation n° 8.*

**Myxome du cordon.** — Traitement en août 1904. (Observation n° 77 du volume de 1909, page 367; observation n° 234 du volume de 1904, et n° 13 du rapport de la Société de Chirurgie.)

M. L., 34 ans, a été opéré en 1901, d'un lipome du cordon spermatique droit, qui s'était développé en trois semaines. L'ensemencement de cette tumeur a donné une culture de micrococci neoformans.

Récidive en août 1904. Traitement antinéoplasique. Opération le 30 août 1904. La tumeur primitive était un lipome à développement rapide. La tumeur récidivée présentait la structure myxomateuse et avait envahi le cordon, de sorte qu'il fut nécessaire d'extirper le testicule.

Le 25 avril 1905, ablation d'un noyau inguinal droit, de nature inflammatoire. Ce noyau, constitué par du tissu fibreux, contenait quelques fongosités et une ligature de soie.

Le 19 novembre 1905, cicatrice enfoncée et adhérente dans l'aîne droite. Induration à la racine des bourses. A gauche, masse ganglionnaire grosse comme une amande. Les injections sont continuées pendant trois mois. Actuellement, l'on ne trouve ni induration, ni ganglions, et le malade peut être considéré comme guéri.

*Observation n° 9.*

**Cancer de la verge.** — Traitement le 22 septembre 1904. (Observation n° 62 du volume de 1909, page 318; observation n° 251 du volume de 1904 et n° 14 du rapport de la Société de Chirurgie. — Cancer de la verge et des ganglions inguinaux et cruraux gauches. Cryptorchidie avec hernie. Traitement antinéoplasique. Opération. Vaccination antinéoplasique.)

M. T., alors âgé de 63 ans, me consulte en septembre 1904 pour un cancer de la verge avec infection ganglionnaire très étendue. Opération le 30 septembre 1904. Les ganglions inférieurs, adhérents et en transformation caséuse, pénétrèrent dans le canal crural. Vaccination antinéoplasique. Le 10 mars, petite chaîne ganglionnaire verticale de 2 à 3 centimètres de hauteur, indolente et dure. Résorption de ces ganglions. Actuellement, absence de récidive.

*Observation n° 10.*

**Cancer du sein.** — Traitement en octobre 1904. (Observation n° 37 du volume de 1909 p. 319.) — Cancer du sein récidivé dans la cicatrice (Œdème du bras. Traitement antinéoplasique. Guérison.

Mme V..., âgée de 54 ans, est traitée en octobre 1904 pour une récidive de cancer du sein le long de la cicatrice. Cette cicatrice est rougeâtre et indurée; il y a un œdème volumineux du bras. Traitement antinéoplasique. La cicatrice s'assouplit rapidement, et blanchit, l'œdème du bras disparaît.

Pas de récidive.

Ce cas est comparable à l'observation n° 5: les noyaux de récidive entamés ont disparu sous la seule influence du vaccin.

*Observation n° 10 bis.*

**Cancer du sein.** — Traitement en novembre 1904. (Observation n° 38 du volume de 1909, p. 319, et n° 1 du rapport de la Société de Chirurgie).

Je cite cette observation, bien que la malade ait succombé à la fin de l'année 1909, comme un exemple remarquable de l'action du traitement antinéoplasique. Cette malade, qui était devenue impotente par suite de rhumatisme déformant, souffrait d'une cardiopathie grave; elle a succombé dans une crise d'asthysolie. Voici cette observation :

Mme R..., 70 ans, présente, en novembre 1904, au-dessus et en dedans du mamelon droit, une petite tumeur cancéreuse typique, du volume d'une noix et adhérente à la peau. Quelques ganglions axillaires.

Traitement antinéoplasique à partir du 11 novembre

La masse cancéreuse se rétracta dès les premières semaines.

Cette malade a été examinée par les docteurs Variot, Blondel et Petit. La tumeur continua à diminuer de volume sous l'influence des injections, qui furent interrompues pendant les crises rhumatismales. En 1907, il n'existait plus qu'une plaque de sclérodémie entamée de 3 millimètres d'épaisseur. Les ganglions avaient disparu. On fit quelques séances de rayons X pour assouplir l'induration entamée. En 1909, lorsque la malade succomba à la suite d'une nouvelle crise rhumatismale, compliquée d'accidents cardiaques, il était impossible de retrouver ni la tumeur primitive, ni les ganglions axillaires.

*Observation n° 11.*

**Cancer du sein.** — Traitement le 13 janvier 1905. (Observation n° 42 du volume de 1909, page 323 et n° 19 du rapport de la Société de Chirurgie).

Mme M..., 54 ans, cancer du sein droit. Début il y a trois mois sans cause apparente. Rétraction légère du mamelon qui cependant n'adhère pas intimement à la tumeur. Le néoplasme présente 10 centimètres de longueur sur 6 cent. 5 de hauteur et siège à la partie supérieure et externe. Cette tumeur est adhérente à la peau, qui a pris le caractère de peau d'orange sur une étendue de 5 centimètres de diamètre. Ganglion sus-claviculaire, ou plutôt empatement en dehors.

Traitement à partir du 15 janvier 1903.

Le 18 janvier, le volume total de la tumeur s'est réduit d'un tiers.

Les photographies du 13 janvier et du 28 février 1903 montrent la régression de la tumeur sous l'influence des injections.

L'opération est faite le 28 février, sur la demande de la malade, en présence du docteur Nélaton. Ablation de trois ganglions axillaires du volume d'un pois. Une grande partie de la glande mammaire a été laissée. Continuation des injections pendant quelques mois.

Vous constatez qu'il n'y a pas de récidive, bien que la glande mammaire n'ait pas été extirpée en totalité. Il n'y a aucune trace du ganglion sous-claviculaire, qui s'est résorbé.

#### *Observation n° 12.*

**Cancer du sein.** — Traitement le 2 février 1903. (Observation n° 43 du volume de 1900, page 324 et n° 20 du rapport de la Société de Chirurgie.)

Mme L..., alors âgée de 64 ans, présentait le 2 février 1903, un néoplasme du sein gauche de la dimension d'une petite mandarine (5 centimètres de diamètre), avec début d'adhérence à la peau et légère rétraction du mamelon. Présence d'un ganglion dans le creux axillaire gauche. Commencement d'adhérence au grand pectoral.

Traitement antinéoplasique. La tumeur, comme le font constater les photographies, diminue notamment en trois semaines et demie. Opération le 28 février, sur la demande de la malade. Cette opération, comme la précédente, est pratiquée en présence du docteur Nélaton. La tumeur est extirpée par une petite incision cutanée : le mamelon et le reste de la glande sont laissés en place. Pas d'incision axillaire. Continuation du traitement. Le 19 mars, on ne constate plus de ganglions dans l'aisselle.

La guérison est complète depuis cette date.

#### *Observation n° 13.*

**Cancer de l'estomac.** — Traitement le 27 septembre 1903. (Observation n° 4 du volume de 1900, page 233.) — Sténose pylorique. Gastro-entérostomie le 27 septembre 1903. Traitement antinéoplasique. Cessation presque immédiate des injections. Ictère en décembre 1903. La vaccination est recommencée le 9 mars 1904. Amélioration rapide. Disparition de l'ictère. Résorption de la tumeur.

M. C..., actuellement âgé de 61 ans, s'est présenté à la consultation en septembre 1903, avec tous les symptômes d'un cancer de l'estomac. Il vomissait, et la sténose pylorique était presque complète.

Malgré l'âge du malade et son état précaire, la gastro-entérostomie était indispensable. Elle eut lieu le 27 septembre 1903. L'épithélioma, très étendu, occupait le pylore, à petite courbure, et envahissait l'épigastre gastro-hépatique. Il n'y avait pas à songer à une opération radicale. Je fis une anastomose gastro-jéjunale.

Le malade se rétablit et quitta la clinique. De retour chez lui, il laissa le traitement antinéoplasique. Petit à petit, il prit un teint jaune paille, puis franchement cachectique. L'ictère débuta en décembre 1903. Il revint à la clinique avec un teint ictérique très accentué le 9 mars 1904. La tumeur s'était accrue, mais l'orifice de gastro-entérostomie fonctionnait bien.

Le traitement fut recommencé le jour même, sans grand espoir de succès, puisqu'il paraissait y avoir obstruction des voies biliaires. L'ictère diminua au bout de quelques semaines, puis disparut complètement.

Ce malade est actuellement en excellente santé. Il n'est pas gras, mais il ne l'a jamais été.

Ce cas est d'un grand intérêt à cause de la disparition de l'ictère. En effet, il est bien peu vraisemblable que cet ictère ait été dû à une autre cause qu'à la compression du canal cholédoque par les masses cancéreuses. Sa disparition a d'ailleurs coïncidé très nettement avec la régression rapide de la tumeur.

Cette observation est également un cas de régression d'une tumeur cancéreuse de l'estomac sous la seule influence du traitement, la gastro-entérostomie n'ayant servi qu'à remédier aux accidents de sténose.

*Observation n° 14.*

**Sarcome du maxillaire inférieur.** — Traitement le 30 juin 1906. (Observation n° 78 du volume de 1909, page 367). — Cas paraissant insupportable. Vaccination antineoplasique.

Opération. État actuel; pas de récédive.

M. G..., 25 ans, se présente à la clinique le 27 juin 1906 avec un énorme sarcome récédivé et ulcéré de la région maxillaire inférieure et sous-maxillaire gauche. La tumeur est tellement étendue qu'elle a été considérée comme incurable. Elle ne fait qu'une masse avec les ganglions.

Traitement antineoplasique. Ablation de la tumeur, y compris la moitié du maxillaire inférieur et toute la région sous-maxillaire. Tamponnement de la plaie. On continue le vaccin. La plaie se cicatrise, mais la brèche demeure immense, et l'on aperçoit la langue jusqu'à la base. Huit mois après, réparation autoplastique. Pas de récédive. La déformation de la mâchoire inférieure et du visage témoigne de l'étendue de l'opération.

*Observation n° 15.*

**Sarcome musculaire de l'avant-bras.** — Traitement le 24 juillet 1906.

M. C..., âgé de 29 ans, présente un sarcome de la partie supérieure de l'avant-bras déjà récédivé. Opération et vaccination antineoplasique. Il repart en Belgique et interromp le traitement. Ablation d'une petite récédive à l'épicondyle le 19 mars 1909, avec ouverture de l'articulation du coude. L'articulation est simplement tamponnée. On recommence les injections de vaccin. Guérison rapide. Ce malade est actuellement sans trace de récédive.

*Observation n° 16.*

**Tumeur du sein.** — Vaccination en août 1906. (Observation n° 49 du volume de 1909, p. 328).

Mlle F..., 52 ans, présentait en août 1906, une petite tumeur cancéreuse du volume d'un œuf de poule, et située immédiatement en dehors et en dessous du mamelon. Cette tumeur était mobile, non adhérente, mais assez douloureuse. Vaccination antineoplasique à partir du 21 août 1906.

La tumeur disparut complètement en quelques mois.

Palpez le sein de cette malade, vous constaterez nettement une petite induration plate du volume d'une lentille, exactement au point où était la tumeur, qui a disparu.



*Observation n° 17.*

**Epithélioma cérébrant de la face.** — Traitement le 2 décembre 1906. (Observation n° 44 du volume de 1909, p. 349).

Mme K..., 49 ans, a été opérée en juillet 1906 par le professeur Segond, qui a fait la résection partielle du maxillaire supérieur pour épithélioma. Elle était en pleine récidive lorsqu'elle se présenta à la clinique.

Vaccination antinéoplasique le 2 décembre 1906. L'affection cessa de progresser. La guérison semblait impossible sans l'ablation des tissus suspects. L'opération eut lieu en novembre 1906. Antoplastie partielle en juillet 1908. Pas de récidive.

*Observation n° 17 bis.*

**Epithélioma du sein.** — Traitement le 19 juillet 1907. (Observation n° 54 du volume de 1909, p. 331).

M. M..., âgé de 58 ans, ressentit le 15 juin 1907, une douleur au sein droit. Sa femme venait de succomber à un cancer de l'estomac.

Le 3 juillet 1907, ce malade vint consulter le Docteur Juranville, qui constata dans le sein droit la présence d'une tumeur dure, non adhérente, à grand axe horizontal, d'environ 3 centimètres de longueur sur un et demi à 2 centimètres de largeur. Les ganglions axillaires étaient engorgés et l'un deux atteignait le volume d'une noisette.

Traitement antinéoplasique à partir du 16 juillet. Diminution rapide de la tumeur, qui parut fondre en s'étalant. Les injections furent continuées jusque fin janvier 1908. Le 12 mars 1908, disparition complète de la tumeur et des ganglions. Le 7 octobre 1909, il était impossible d'en retrouver le moindre vestige.

Je vous cite cette observation parce qu'elle est tout à fait identique à la précédente. Il y a quelques mois, quand j'ai revu ce malade, il était absolument impossible de reconnaître de quel côté il y avait eu une tumeur. Il était atteint en ce moment de panophtalmie. Il n'a pas accepté mes soins et je n'ai pas eu de ses nouvelles depuis cette époque.

Ces observations sont toutes concluantes, pour ce qui concerne l'action immunisante des toxines et des cellules microbiennes du micrococcus neoformans, tuées par la chaleur.

Je vais vous présenter d'autres malades, chez lesquels l'électro-coagulation thermique et la vaccination anticancéreuse ont été combinées.

## 2° Malades traités par l'électro-coagulation thermique et la vaccination antinéoplasique combinées.

*Observation n° 18.*

**Epithélioma de la lèvre.** — Traitement en novembre 1907. (Électro-coagulation et vaccination). (Observation n° 63 du volume de 1909, page 349). — Petit épithélioma

récidivé de la commissure labiale. Insuccès de la radiothérapie. Vaccination et électro-coagulation. Guérison.

M. W..., 70 ans, se présente à ma consultation pour un petit épithélioma de la commissure labiale droite, récidivé après opération et traité sans succès par les rayons X.

Vaccination antineoplasique en novembre 1907. Deux séances d'étincelles de haute fréquence de 8 millimètres de longueur et de 2 minutes de durée chacune. Cicatrisation rapide.

Pas de récidive.

*Observation n° 19.*

**Epithélioma de la commissure labiale, plusieurs fois opéré et récidivé, petit ganglion sous-maxillaire. Traitement le 26 novembre 1909 (Electro-coagulation et vaccination).**

M. B..., 54 ans, a été atteint en 1892 d'un cancer de la commissure labiale droite. Opération par Péan, en 1894. Récidive. Le malade a subi depuis plusieurs interventions, toujours suivies de récidive. En novembre 1907, je constate un épithélioma commissural droit de 3 centimètres de longueur sur 2 centimètres de largeur, envahissant la muqueuse jugale. Petit ganglion sous-maxillaire. Opération le 26 novembre. Excision partielle de l'épithélioma pour l'examen histologique; électro-coagulation et vaccination. Cicatrisation en quelques semaines. Il existait une brèche considérable. Autoplastie le 14 mai 1908.

Ce malade a été présenté à la Société de Chirurgie, le 7 juillet 1909.

Disparition du ganglion sous-maxillaire. Pas de récidive.

*Observation n° 20.*

**Sarcome mélanique de la joue. Ganglions sous-maxillaires. — Vaccination antineoplasique en mai 1903. Opération le 4 juin. Thermo-pénétration.**

Mme M..., 71 ans, était atteinte en mai 1903 d'un sarcome mélanique de la joue gauche, du volume d'une cerise. Il y avait un gros ganglion sous-maxillaire et plusieurs petits. Cette personne portait depuis longtemps à la joue une verrue pigmentée, qui a subi la transformation maligne à la suite d'une cautérisation maladroite. Vaccination antineoplasique fin mai. Opération le 4 juin; ablation de la tumeur et des ganglions, suivie de thermo-pénétration.

Il n'y a pas de récidive.

*Observation n° 21.*

**Epithélioma végétant du frein de la langue. — Vaccination et électro-coagulation.**

M. B..., 48 ans, était atteint le 28 août 1908, d'un épithélioma végétant du volume d'une petite noix, au niveau du frein de la langue. Pas de ganglions. Vaccination antineoplasique. Opération le 15 septembre. Excision partielle de la tumeur, pour l'examen histologique, et électro-coagulation. Ce malade a été présenté à la Société de Chirurgie le 7 juillet 1909.

Il n'y a pas de récidive.

*Observation n° 22.*

**Epithélioma de la base de la langue et du sillon glossé-épiglottique. — Vaccination antineoplasique en septembre 1908. Opération le 15 septembre. Electro-coagulation.**

M. J..., 48 ans, se présente en septembre 1908; il est atteint d'un épithélioma de la base

de la langue et du sillon glosso-épiglottique. Vaccination. Opération le 13 septembre. Pharyngotomie latérale sous-hyoidienne et suture de la muqueuse saine à la peau. Excision partielle de la tumeur pour l'examen histologique et électro-coagulation.

Pas de récidive.

Ce malade a été présenté à la Société de Chirurgie, le 7 juillet 1909.

La cicatrisation étant parfaite, la fermeture antoplastique de l'orifice cervico-pharyngé a été effectuée le 8 juillet 1909.

La guérison s'est maintenue.

#### *Observation n° 23.*

**Sarcome de l'amygdale gauche.** — Vaccination en novembre 1908. Opération et électro-coagulation le 21 février 1909.

M. C., 51 ans, se présente en novembre 1908 avec une large ulcération de l'amygdale gauche. On lui a proposé, après une biopsie, l'opération par la voie transmaxillaire, qu'il a refusée. Traitement antinéoplasique. L'ulcération se cicatrise en quelques semaines. Les injections sont interrompues. Récidive en janvier 1909. La lésion prend un caractère envahissant et forme une large tumeur saillante, exulcérée.

Opération le 24 février 1909. Ennéclation du néoplasme par les voies naturelles, après incision du pilier antérieur du voile du palais (méthode de la division). Electro-coagulation du point d'implantation.

Pas de récidive.

Ce malade a été présenté à la Société de Chirurgie, le 7 juillet 1909.

#### *Observation n° 24.*

**Polype naso-pharygien dégénéré en sarcome colloïde, avec envahissement du sinus et de l'orbite gauche. Exophtalmie gauche. Dacrocystite suppurée. Propulsion des arcades dentaires. Suppuration. Trachéotomie.** — Opération le 28 avril 1908. Electro-coagulation du point d'implantation du néoplasme. Guérison.

Le jeune H., 5 ans, était, en avril 1908, presque mourant par suite du développement de cette tumeur et de l'inanition consécutive. Le néoplasme faisait hernie entre les arcades dentaires et aucun chirurgien n'avait réussi à l'extirper, tellement l'hémorragie était abondante dès qu'on le touchait. Je fis l'opération par ma méthode rapide, le 20 avril 1908; l'ennéclation de la tumeur dura quelques secondes et la plaie fut tamponnée pour parer l'hémorragie, qui, grâce à ce procédé, fut insignifiante. Les points d'implantation de la tumeur, qui était un sarcome colloïde, furent traités par l'électro-coagulation thermique.

Ce cas a été présenté à la Société de Chirurgie, le 16 juin 1909. Le jeune H., habité la campagne, et il a été impossible d'obtenir la continuation du traitement antinéoplasique.

#### *Observation n° 25.*

**Cancer de la langue ayant envahi la moitié antérieure de l'organe.** — Insuccès des rayons X et du radium. — Electro-coagulation et vaccination antinéoplasique le 7 juillet 1909.

M. M..., 22 ans, était atteint depuis 16 mois d'un épithélioma de l'extrémité dorsale de la langue. Un traitement prolongé par les rayons X et par le radium provoqua une extension rapide de la tumeur, qui en quelques mois, de septembre 1908 à juillet 1909, s'étendit en arrière jusqu'au voisinage du V lingual, et sur les côtés, jusqu'au plan-

cher buccal. État général mauvais. Impossibilité de s'alimenter. Fétidité excessive de l'haleine. Bronchite infectieuse chronique. Amaigrissement rapide.

Le malade paraît perdu à brève échéance.

Électro-coagulation, le 7 juillet 1909.

Le volume de la langue est tellement exagéré, qu'il est impossible d'atteindre les limites profondes du cancer, sans brûler légèrement les lèvres.

Cicatrisation en six semaines.

Guérison. — Pas de récédive.

Ce malade avait été considéré comme incurable par le Professeur Poirier, qui était son ami intime, et qui avait refusé de l'opérer.

#### *Observation n° 26.*

**Épithélioma de la lèvre, de 18 millimètres de diamètre.** — Électro-coagulation le 12 octobre 1909. Vaccination.

M. L., 54 ans, a été opéré le 11 octobre 1909, par l'électro-coagulation, d'un épithélioma du bord libre de la lèvre inférieure. Guérison.

#### *Observation n° 27.*

**Épithélioma latéro-marginal de la langue, de 35 millimètres de longueur et de 15 millimètres de largeur.** — Électro-coagulation le 26 janvier 1910. Vaccination.

M. B., 45 ans, a été opéré le 26 janvier d'un épithélioma nodreux du bord gauche de la langue par l'électro-coagulation. Guérison.

Cette dernière série de malades, dont vous venez de constater l'état satisfaisant, démontre d'une façon indiscutable l'action destructive de l'électro-coagulation thermique sur tous les cancers accessibles.

Une particularité mérite de nous arrêter quelques instants : chez un certain nombre de ces malades, qui présentaient des adénopathies suspectes, je n'ai pas extirpé les ganglions, et ceux-ci ont disparu sous la seule influence du vaccin.

J'interviens cependant dans un certain nombre de cas d'adénopathie cancéreuse. Ce problème de l'intervention ou de l'expectation, en présence d'une adénopathie cancéreuse au début, est très délicat, et exige une expérience clinique approfondie. Il est indiscutable que ce problème peut être résolu, puisque mes observations démontrent que les ganglions se sont résorbés dans presque tous les cas où j'ai jugé inutile d'en faire l'ablation.

*Le Gérant : ERNEST DESSAINT.*



Eczéma prurigineux généralisé.



Arthrite tuberculeuse du coude.  
Exploration d'un trajet fistuleux.



Tuberculose cutanée ulcéreuse.

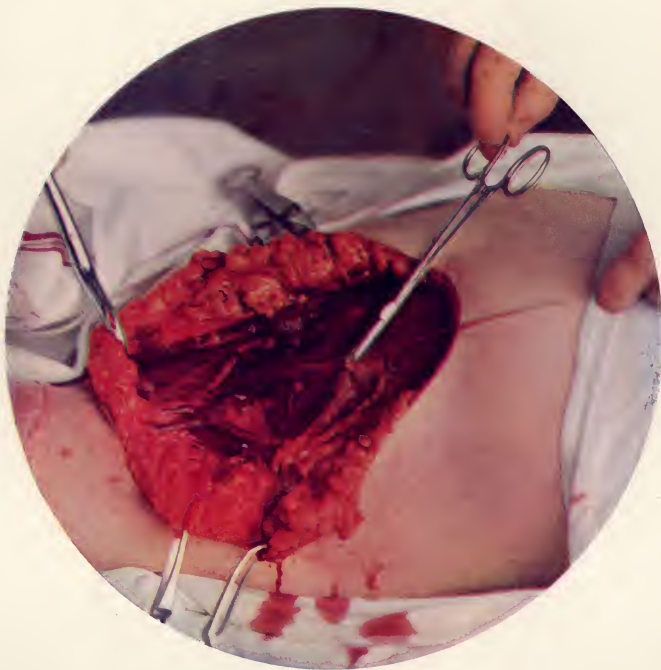


Tuberculose sternale et claviculaire.  
Après l'exérèse des tissus malades, la plaie  
est traitée par l'air chaud.





Traitement du cancer du sein par la méthode de DOYEN.  
1<sup>er</sup> temps : Ablation des tissus néoplasiques avec le bistouri.



IDEM. — 2<sup>me</sup> temps : Curage anatomique de la pyramide axillaire.



IDEM. — 3<sup>me</sup> temps : Bain thermo-électrique.  
L'électrode est plongée dans l'eau salée qui est maintenue  
à la température de 40° à 50° par un jet continu.  
Les tissus ambiants ne tardent pas à s'échauffer et ils sont portés  
en 5 minutes à la température de 55°



IDEM. — 4<sup>me</sup> temps : Après l'action du bain thermo-électrique,  
la plaie est suturée et drainée.

ILLUSTRATION D'OUVRAGES  
SCIENTIFIQUES EN TOUS GENRES

# ILLUSTRA-PHOTO

167, RUE MONTMARTRE, PARIS

PHOTOGRAPHIE DIRECTE ET REPRODUCTIONS  
TRÈS SOIGNÉES DE DOCUMENTS MÉDICAUX

---

**A. Gaiffe, Paris**

**G. GAIFFE, S<sup>R</sup>**

*40, rue St-André-des-Arts*

## **Electricité Médicale**

---

**MATERIEL COMPLET D'ELECTROCOAGULATION**  
**Procédés de M. le D<sup>r</sup> DOYEN**

---

**Devis sur demande**

MAISON D'ÉDITION BONG ET C<sup>IE</sup>

53, Rue de Vaugirard, 53

PARIS

---

GRANDE

# GÉOGRAPHIE ILLUSTRÉE

Publiée sous la Direction de

**ONÉSIME RECLUS**

---

*Géographie universelle d'une conception absolument  
neuve, attrayante et instructive par l'image.*

*Prospectus détaillé sur demande.*

---

# BLÉRIOT

(Société Anonyme des Etablissements)

16, Rue Duret, 16

PARIS

---

Phares      ✦      ✦      ✦

✦      Lanternes      ✦

✦      ✦      Projecteurs

**VIENNENT DE PARAÎTRE :**

# Atlas d'anatomie topographique

E. DOYEN

J. BOUCHON, R. DOYEN

Cet ouvrage renferme des photographies faites d'après nature.

Grâce à des procédés personnels, qui ont permis une fixation parfaite des sujets et leur section irréprochable, il a été possible de reproduire les pièces anatomiques les plus informées.

Cet atlas renferme 379 photographies réparties en fascicules de 24 planches.

Fascicule n° 1. (*Coupes sagittales chez l'homme*) : 24 planches.

Fascicule n° 1. (*Coupes sagittales chez la femme*) : 24 planches.

Fascicule n° 2. (*Coupes frontales chez l'homme*) : 24 planches.

Fascicules n° 4 et n° 4 bis. (*Coupes frontales chez la femme*) : 39 planches.

Fascicules n° 5<sup>1</sup>, 5<sup>2</sup>, 5<sup>3</sup>, 5<sup>4</sup>, 5<sup>5</sup>. (*Coupes de troncage chez l'homme*) : 120 planches.

Fascicule n° 6. (*Coupes de troncage chez la femme*) : 24 planches.

Fascicule n° 7. (*Coupes diverses du membre supérieur et du membre inférieur*) : 24 planches.

Chaque fascicule se vend séparément. . . . . 4 fr.

*Spécimen sur demande*

## 12 Planches Murales d'anatomie topographique en noir et en couleur

64 cm. X 95 cm.

1<sup>re</sup> — Coupe sagittale médiane chez l'homme.

2<sup>re</sup> — Coupe sagittale médiane chez la femme.

3<sup>re</sup> — Coupe sagittale para-sternale gauche chez l'homme.

4<sup>re</sup> — Coupe sagittale para-sternale chez l'homme après addition des organes du segment externe.

5<sup>re</sup> — Coupe sagittale para-sternale droite chez l'homme.

6<sup>re</sup> — Coupe sagittale para-sternale droite chez l'homme, après addition des organes du segment externe.

7<sup>re</sup> — Coupe frontale chez l'homme passant par la ligne axillaire antérieure.

8<sup>re</sup> — Coupe frontale de la face.

9<sup>re</sup> — Coupe de troncage chez la femme passant par la ligne bimammaire.

10<sup>re</sup> — Coupe de troncage chez l'homme passant par les quatre cavités du cœur.

11<sup>re</sup> — Coupe de troncage chez l'homme passant par la première vertèbre lombaire.

12<sup>re</sup> — Coupes diverses du membre inférieur et du membre supérieur.

Chaque planche se vend séparément montée et collée sur toile

En noir. . . . . 4 fr.

— couleurs. . . . . 6 fr.

VIENT DE PARAÎTRE

---

D<sup>r</sup> E. DOYEN

---

TRAITEMENT  
DES  
MALADIES INFECTIEUSES

PAR  
LA MYCOLYSINE

(420 pages)

---

L'IMMUNITÉ  
« en six leçons »

---

*Ce livre renferme les six leçons de thérapeutique médicale professées à l'Hôtel des Sociétés Savantes du 5 au 12 Décembre 1910 par le Dr Doyen. Le lecteur trouvera dans cet ouvrage une étude détaillée de la médication de l'Immunité par la méthode phagogène directe combinée à la vaccination spécifique. Le Dr Doyen expose la théorie de cette nouvelle thérapeutique qui est basée sur les découvertes les plus récentes dans le domaine de l'Immunité. On trouvera dans ce volume toute la posologie et les indications cliniques du traitement des maladies infectieuses, y compris la tuberculose et le cancer par les colloïdes phagogènes.*